SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01		
Versión: 04	S. Mínimo	828.116
Fecha:	09 / 01 / 2019	

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 29 | Mes 04 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	NANCY MOJICA JAIMES						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	60.407.175	DE	VILLA ROSARIO				
TELEFONO DE CONTACTO	310-2195668	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	nana_mo1101@outlook.es						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	BANCO DE BOGOTA	No DE CUENTA	619099922	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 1271 DE Año 2022

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 22.136.400,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.844.700,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL para apoyar las actividades relacionadas con la implementación, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de SNR, que requieran las oficinas de Registro de Instrumentos Públicos. ORIP CÚCUTA.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARTHA ELIANA PEREZ TORRENEGRA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR PRINCIPAL

CDP No.	57222	CRP No.	189022
FECHA CRP	4/01/2022	FECHA CRP	28/01/2022

FECHA APROBACION POLIZA: Día 31 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CÚCUTA

DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 11 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 31 | Mes 01 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 11 | DIAS 1

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.844.700,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.844.700,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	04	2022	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	30	04	2022	03	30	100%	ABRIL

ABRIL

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1) 3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	125000	NUEVA EPS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	160000	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	5300	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 290.300	PLANILLA DE PAGO No.	7831680867

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 22.136.400,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 1.844.700,00	$ 20.291.700,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 3.689.400,00	$ 18.447.000,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 5.534.100,00	$ 16.602.300,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	04	2022		ABRIL
AL	30	04	2022	03	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfeccion de los espacios de uso publico y lugares de trabajo. 2. Revisar que las personas al momento del ingresoa la instalaciones de la entidad tengan debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo, negar su ingreso y llenar encuesta o solo realizar las preguntas que requieran. 3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretendan ingresar a las instalaciones de la entidad el uso de gel antibacterial y/o alcohol. 4. Solicitar ala persona que ingresa a la entidad, en los casos que haya lavamanos, que haga el debido lavado de manos con agua y jabon por minimo 20	*Entrega de proteccion personal, formato de verificacion y cumplimiento del protocolo de bioseguridad, elaboracion de formato limpieza e higiene de bioseguridad.

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Procurar el cuidado integral de salud. 2. Contar con los elementos de proteccion personal necesarios para ejecutar la actividad contratada,para lo cual asumira su costo. 3.Repotar a la ARL e informar a la SUPERINTENDENCIA la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.4.Participar en las actividades de prevencion y promocion organizadas por la SUPERINTENDENCIA o la administradora de riesgos laborales. 5.Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo adoptadas por la SUPERINTENDENCIA.6.Cumplir cabalmente con el o los protocolos de bioseguridad implementados por la SNR y las autoridades competentes respecto de la prevencion de contagio del COVID 19.	

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificadó el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **NANCY MOJICA JAIMES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **60.407.175** de **VILLA ROSARIO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1271** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **189022** CDP No **57222**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.844.700,00**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS CON 00 CTVOS.**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	04	2022	**PAGO No.**	**ABRIL**
	AL	30	04	2022	**03**	**ABRIL**

Para constancia se firma en **CÚCUTA** a los **29** días del mes de **ABRIL** de **2022**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA ELIANA PEREZ TORRENEGRA
REGISTRADOR PRINCIPAL

CONTRATISTA

Firma Contratista
NANCY MOJICA JAIMES
Cedula de Ciudadania No
60.407.175 **DE** VILLA ROSARIO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	60407175
ÓN SOCIAL:			NANCY MOJICA JAIMES
PIO:	VILLA DEL ROSARIO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
	CALLE 0 CARRERA 5 No. 5-10 BARRIO SANTAN	TELÉFONO:	5650712
TE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
SENTACIÓN:	UNICO		
IONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7831680867	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1404894764

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301-PORVENIR		1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
										$ 160.000	**$ 0**	**$ 160.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
SUBS NUEVA EPS		1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
													$ 125.000	**$ 0**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.300	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300
									$ 5.300	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																							SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																															PENSIÓN								SALUD						ARP																			
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
DUCA IMES YNCY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	SUBS NUEVA EPS	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 60407175	$ 5.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 290.300

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Artículo 340.** ***Ingresos de las rentas no laborales.*** **"**Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, serán ingresos de la cédula de rentas no laborales. En este caso, ningún ingreso por honorario podrá ser incluido en la cédula de rentas de trabajo", me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI___ NO_X_
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2021 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI___ NO_X_.
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO_X_
4. Dependiente Económico: SI___ NO_X_ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___ NO_X_.
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_X_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Crédito de Vivienda SI___ NO _X_, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 29 días del mes de Abril de 2022.

Atentamente,

NOMBRE Nancy Mayerli Jaimes

CC. 60407175 U/Q.