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: Día 27 | Mes 05 | 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: JOSE RICARDO MARQUEZ PEÑARANDA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR ENCARGADO

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

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

ADICION Y/O PRORROGA

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	05	2022	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	30	05	2022	04	30	100%	MAYO

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. 7834369232

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	$ 1.844.700,00	$ 7.378.800,00	$ 14.757.600,00
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	05	2022		MAYO
AL	30	05	2022	04	MAYO

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.

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm tamaño a 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado 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.**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	05	2022		MAYO
	AL	30	05	2022	04	MAYO

Para constancia se firma en **CÚCUTA** a los **27** días del mes de **MAYO** de **2022**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JOSE RICARDO MARQUEZ PEÑARANDA
REGISTRADOR ENCARGADO

CONTRATISTA

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

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60407175
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			NANCY MOJICA JAIMES
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLA DEL ROSARIO	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 0 CARRERA 5 NO. 5-10 BARRIO SANTAN	TELÉFONO:	5650712
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7834369232	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/05/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1438221379

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160,000	$ 0	$ 160,000
SUBTOTALES:										$ 160,000	$ 0	$ 160,000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS041	SUBS NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 0		$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 125,000
SUBTOTALES:													$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 125,000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5,300	$ 5,300	$ 0	$ 0	$ 5,300
SUBTOTALES:									$ 5,300	$ 0	$ 0	$ 5,300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 60407175	MOJICA JAIMES NANCY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,000,000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1,000,000	$ 160,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160,000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	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

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 290,300

Planilla Pagada

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 27 días del mes de MAYO de 2022.

Atentamente,

NOMBRE: Nancy Mojtea Jaimes.

CC.: 60.407.175 y/R.