SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública 60 Años — 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	Mes	Año
30	04	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	KEINIS HINOJOSA MENDOZA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.065.564.192	**DE**	VALLEDUPAR				
TELEFONO DE CONTACTO	300-5977729	**FIJO**		**EXT.**			
E-MAIL PERSONAL	keinish22@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	keinis.hinojosa@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	19785008670	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL

No		Año
375	DE	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 33.713.100,00

HONORARIO MENSUAL $ 3.586.500,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO B, para las actividades desarrolladas en el programa de Formalización y Saneamiento de la Propiedad Inmueble Urbana que adelanta la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras a nivel nacional.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACIÓN

CDP No.	56520	**CRP No.**	120320
FECHA CDP	27/02/2020	**FECHA CRP**	5/03/2020

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
06	03	2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	VALLEDUPAR
DEPARTAMENTO	CESAR

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
15	12	2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
06	03	2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
9	10

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 $ 3.586.500,00

COBRA CON FACTURA **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 3.586.500,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	04	2020	**PAGO No.**	**No DÍAS**		**MES A COBRAR**
AL	30	04	2020	02	30	100%	ABRIL

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)	$ 179.400	COOMEVA EPS SA	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 229.600	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 7.500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 416.500**	**PLANILLA DE PAGO No.**	**4333867451**

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO **$ 33.713.100,00**

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 2.988.750,00	$ 2.988.750,00	$ 30.724.350,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 6.575.250,00	$ 27.137.850,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
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	2020		ABRIL
	AL	30	04	2020	02	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Elaborar los estudios de títulos que se requieran para efectos de identificar los predios a sanear y/o formalizar en el marco de los diferentes procesos que se adelanten con las entidades territoriales u otras entidades públicas. 2.Realizar las visitas de campo que se requieran para la identificación de los ocupantes de los predios fiscales en los diferentes municipios.3.Recolectar o recepcionar documentos soportes y aplicar ficha técnica de caracterización de predios a formalizar.4.Estudiar, clasificar y realizar los filtros y cruces en las diferentes bases de información frente a los predios solicitados para la expedición de certificados de carencia de antecedente registral.	1.- Asistencia a la video conferencia el dia 6 de abril del año en curso programada por la dra martha restrepo, donde le explicamos a la dra Marly Estrada el proceso de formalizacion y los requerimientos para el desarrollo de las actividades. 2.- Elaboración de filtros de 1000 predios de la base de datos del Municipio de El Copey. 3- Asistencia a la video conferencia de seguimiento al

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
5.Realizar los filtros de las bases de datos remitidas por los entes territoriales, entidades públicas y Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, ORIP en los aplicativos establecidos para tal fin.6.Apoyo en el trámite y expedición de certificados de carencia de antecedente registral que adelanta la Superintendencia de Notariado y Registro, en virtud de los convenios suscritos con las diferentes entidades.7.Diligenciar base de datos en la herramienta Ofhelia.8.Proyectar respuesta a derechos de petición, tutelas y demás requerimientos que le sean asignados.9.Conformar expedientes para cada caso o proceso.10.Conformar bases de datos de beneficiarios por municipio.11.Asistir a las diferentes reuniones, mesas de trabajo, talleres, seminarios, foros y demás donde tenga participación o las que requiera la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras. 12.Elaborar y presentar informes mensuales sobre los avances en el desarrollo de los procesos de formalización y saneamiento o cuando estos se requieran por el supervisor del contrato o la coordinación del grupo.13.Prestar apoyo a la calificación de turnos asignados por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos a solicitud del supervisor del contrato en el marco de los procesos que adelanta la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras.14Las demás actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud del Supervisor.PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA deberá entregar y cargar en la Plataforma Transaccional del SECOP II para conocimiento del Supervisor del contrato los siguientes informes: A). Informes mensuales que den cuenta sobre el cumplimientomensual de sus obligaciones, la meta semanal propuesta y el estado de ejecución del objeto contractual cuando a ello hubiere lugar. B). Informe final a la terminación del contrato que consolide todas las actividades y resultados obtenidos durante la ejecución del contrato, señalando aquellos aspectos que considere relevantes y formulando recomendaciones para garantizar el buen funcionamiento de la Entidad. PARÁGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA y SUPERVISOR del contrato, están obligados: el primero, a subir a la Plataforma Transaccional del SECOP II, todos los documentos que hacen parte integral de la etapa contractual, y el segundo a verificar que todos estos documentos estén en regla, con las exigencias establecidas en la contratación pública, sopena de las sanciones que haya lugar para las partes.- PARÁGRAFO TERCERO: Cuando al CONTRATISTA se le han reconocido y pagado viáticos, deberá legalizarlos dentro del mismo mes de su reconocimiento. De no hacerlo, la cuenta de cobro del mes correspondiente no será tramitada hasta tanto EL CONTRATISTA acredite la legalización pendiente.-	porceso de formalizacion el dia 24 de abril con la Dra lina bedoya, donde se pauto mantener el contacto con los municipios y brindar las asesorias necesarias virtuales para adelantar los procesos. 4-Envió vía correo electrónico modelo acuerdo de facultades y formato de visitas al municipio de Agustín Codazzi

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 verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **KEINIS HINOJOSA MENDOZA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.065.564.192** de **VALLEDUPAR** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **375** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **120320** CDP No **56520**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3.586.500,00**

Valor en letras: **TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 416.500,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	04	2020	**PAGO No.**	**ABRIL**
	AL	30	04	2020	**02**	**ABRIL**

Para constancia se firma en **VALLEDUPAR** a los **30** días del mes de **ABRIL** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACIÓN

CONTRATISTA

Firma Contratista
KEINIS HINOJOSA MENDOZA
Cedula de Ciudadania No
1.065.564.192 **DE** VALLEDUPAR

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

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 2019 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 Economico: SI___ NO_X_ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Publico, 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 Cesantias SI___ NO X,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construccion (AFC) SI___ NO X, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO X, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de Abril de 2020.

Atentamente,

Keinis Hinojosa.

KEINIS HINOJOSA MENDOZA

CC. 1.065.564.192 de Vpar

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065564192
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KEINIS HINOJOSA MENDOZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	MZ D CASA 2 MIRADOR DE LA	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4333867451**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999914472

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 229.600
SUBTOTAL:			1	**$ 229.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 179.400
SUBTOTAL:			1	**$ 179.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
SUBTOTAL:			1	**$ 7.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 416.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065564192
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KEINIS HINOJOSA MENDOZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	MZ D CASA 2 MIRADOR DE LA SIERRA 1	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:	**4333867451**	TIPO DE PLANILLA:							I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/04/23			NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9999914472

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 229.600	$ 0	$ 229.600
SUBTOTALES:										**$ 229.600**	**$ 0**	**$ 229.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 179.400
SUBTOTALES:													**$ 179.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 179.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---