| SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 01 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 30 - 08 - 2022 |

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Dia 6 | Mes 12 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 49.743.700 | DE | VALLEDUPAR | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 300-7703775 | FIJO | | EXT. | |
| E-MAIL PERSONAL | KANDYRECA@HOTMAIL.COM | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | CANDIDA.REALES@SUPERNOTARIADO.GOV.CO | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 91209713638 | C.A. | X |
| | | | | C.C. | |

CONTRATO ACTUAL No **2269** DE Año **2024**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 8.667.330,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 2.476.380,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciada a lo largo del presente contrato como contraprestación recibirá por parte del contratante unas sumas de dinero, a título de honorarios.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: FERNANDO BALLESTEROS GOMEZ

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR PRINCIPAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 107624 | CRP No. | 537624 |
| FECHA CDP | 13/09/2024 | FECHA CRP | 26/09/2024 |

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 25 | Mes 09 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: VALLEDUPAR

DEPARTAMENTO: CESAR

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 12 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 27 | Mes 09 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 3 | DIAS 5

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: $ 2.476.380,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.476.380,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 12 | 2024 | | | | |
| AL | 30 | 12 | 2024 | 04 | 30 | 100% | DICIEMBRE |



Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

| | Valor del Pago | Razon Social | Aporte |
|---|---|---|---|
| 1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS) | 162.500 | SALUD TOTAL | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 208.000 | COLPENSIONES | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 6.800 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 377.300 | PLANILLA DE PAGO No. | 4578960795 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 8.667.330,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 330.184,00 | $ 330.184,00 | $ 8.337.146,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 2.476.380,00 | $ 2.806.564,00 | $ 5.860.766,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 2.476.380,00 | $ 5.282.944,00 | $ 3.384.386,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | $ 2.476.380,00 | $ 7.759.324,00 | $ 908.006,00 |
| 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 | 12 | 2024 | | DICIEMBRE |
| | AL | 30 | 12 | 2024 | 04 | DICIEMBRE |

## 3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| 1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera. 2. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato. 3. Apoyar las actividades para la clasificación organización y levantamiento de inventarios documentales de archivos de acuerdo con el ciclo vital del documento aplicando las Tablas de Retención Documental de la Entidad. 4. Adelantar los procesos de selección, ordenación, identificación de fondos acumulados documentales, preparación de inventarios para eliminaciones documentales en archivos de gestión y central, de acuerdo con procedimientos archivísticos establecidos. 5. Cumplir con los planes de trabajo y entrega de los productos en los | SE LLEVO A CABO EL PROCESO DE ALISTAMIENTO Y FOLIACION DE DOCUEMTOS PARA ENTREGA: 2024-190-6948, 6704, 6637, 6628,6898, 6900, 6806,6904, 6903, 6471, 6492,6599, 6330, 6470, 6298, 6228, 6230, 6599, 6762, 6629, 6705, 6926, 6730, 6710, 6900, 6636, 6627, 6731, 6803, 6693, 6762 ENTRE OTRAS. |




Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| Digitalizar los documentos en los tiempos establecidos. 7. Reportar opòrtunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situacion que se genere en la intervencion de archivos o revision de inventarios. 8. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, organizadosn y puestos en recepcion para disposicion final en razon de las actividades de gestion documental encomendadas, bajo los principios de la etica profesional. 9. Atender de forma oportuna, los requerimientos solicitados por la Supervision del contrato, entregndo informes con resultados, que permitan hacer el seguimiento a las actividades en marco del Programa de Gestion Documental. 10. Adelantar las labores diarias de control de calidad sobre cada una de las actividades a su cargo. 11. Las demas que el supervisor le asigne para la debida ejecuccion de su contrato. | RELACIONES DE DOCUMENTOS PARA ALISTAMIENTO. |

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




**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

| SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 01 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 30 - 08 - 2022 |

## FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **49.743.700** de **VALLEDUPAR** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **2269** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **537624** CDP No **107624**

Se autoriza el pago por la suma de : # **$ 2.476.380,00**

**Valor en letras:** **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 01 | 12 | 2024 | **PAGO No.** | **DICIEMBRE** |
| | **AL** | 30 | 12 | 2024 | **04** | **DICIEMBRE** |

Para constancia se firma en **VALLEDUPAR** a los **6** días del mes de **DICIEMBRE** de **2024**

**SUPERVISOR**

**Firma Supervisor**
FERNANDO BALLESTEROS GOMEZ
REGISTRADOR PRINCIPAL

**CONTRATISTA**

Candida Reales C.

**Firma Contratista**
CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO
**Cedula de Ciudadania No**
49.743.700 **DE** VALLEDUPAR



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ) IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 49743700 |
| 1BRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO |
| )AD/MUNICIPIO: | VALLEDUPAR | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| ECCIÓN: | CL 1 | TELÉFONO: | 9999999 |
| ) APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| ) EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| MA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4578960795 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTE |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre AÑO | 20: |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/12/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 99909755- |

**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 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 20: |
| TOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 20: |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 02 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16: |
| TOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16: |

Planilla Pagada

**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-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.800 | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ |
| TOTALES: | | | | | | | | | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 49743700 | REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1,300,000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1,300,000 | $ 208,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208,000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1,300,000 | $ 162,500 | $ 0 | $ 162,500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1,300,000 | 49743700 | $ 6,800 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MIN TO APO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 377.3 |
|---|---|

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 49743700 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VALLEDUPAR | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CL 1 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4578960795** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/12/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9990975549 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 208.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 162.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 162.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 6.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 6.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 377.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 377.300** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 49743700 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VALLEDUPAR | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CL 1 | TELÉFONO: | 9999999 |
| 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: | 4578352825 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/11/18 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9990721810 |

**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 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |

Planilla Pagada

**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 | $ 6.800 | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 6.800 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 6.800 | |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | 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 | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 49743700 | REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 49743700 | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 377.300 |
|---|---|

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 49743700 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VALLEDUPAR | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CL 1 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4578352825** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: noviembre<br>AÑO: 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: noviembre<br>AÑO: 2024 | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/11/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9990721810 | | |

### NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 208.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 162.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 162.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 6.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 6.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 377.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 377.300** |

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Contrato actualizado

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ◯ SI ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ACTA DE INICIO CANDIDA-1.pdf | ACTA DE INICIO CANDIDA-1.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | DESIGNACION DE SUPERVISION CANDIDA GRACIELA .pdf | DESIGNACION DE SUPERVISION CANDIDA GRACIELA .pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Compromiso 537624 DAF-GD - ORIP VALLEDUPAR - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2269_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO.pdf | Compromiso 537624 DAF-GD - ORIP VALLEDUPAR - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2269_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO.pdf | ARL CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | cadso_concepto - 2024-02-01T171628.550.pdf | cadso_concepto - 2024-02-01T171628.550.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS2(3).zip | EVIDENCIAS2(3).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO CANDY 2.pdf | CUENTA COBRO CANDY 2.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS OCTUBRE (Archivado) | CANDI.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MES DE OCTUBRE 2024 | CUENTA DE CANDY.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS OCTUBRE 2024 | CANDI.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS NOVIEMBRE | EVIDENCIAS CANDY.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO CANDY NOV.pdf | CUENTA DE COBRO CANDY NOV.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS MES DE DICIEMBRE 2024 | EVIDENCIAS CANDI 12 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2024__**

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2023__ mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO__X__.
2. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO_X___
3. 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.
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI_X__ NO___,
5. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_X__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
6. Crédito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.
7. Medicina prepagada SI___ NO _X___, adjuntar certificación de la EPS, incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.
8. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo asociadas a la presente cuenta de cobro, si marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%), si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo a depuración de renta y UVT aplicable, SI____ NO_X___
9. Ha suscrito contratos durante el año 2024__: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($188.260.000) SI____ NO_X___.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de Diciembre de 2024_.

Atentamente,

NOMBRE Claudia Rojas C

CC 49-743 700

## ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

**CONTRATO No. 2269 de 2024**
**NOMBRE DEL CONTRATISTA: CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO**
**CEDULA DE CIUDADANIA: 49.743.700 DE VALLEDUPAR**

**PERFIL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
**FECHA DE INICIO:** 27 de septiembre de 2024
**FECHA DE TERMINACIÓN:** 31 de diciembre de 2024
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 3 meses y 5 días.
**LUGAR DE EJECUCIÓN:** Oficina de Registro Instrumentos Públicos de Valledupar
**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** $8.667.330.00
**VALOR MENSUAL:** $2.476.380.00
**FECHA DE APROBACIÓN DE LA POLIZA:** 26 de Septiembre de 2024
**FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA ARL:** 27 de 09 de 2024
**CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL:** 537624 del 26 de septiembre de 2024

El día 27 de septiembre de 2024 en la ciudad de Valledupar se reunió el Doctor Fernando Ballesteros Gómez en su calidad de supervisor del contrato y Cándida Graciela Reales Carrillo en su calidad de contratista, con el fin de dar comienzo a las actividades pactadas en el objeto del **Contrato No. 2269 de 2024**

Se firma en Valledupar para los fines pertinentes el día 27 de septiembre de 2024.

**FERNANDO BALLESTEROS GOMEZ**
**REGISTRADOR**

Candida Reales C.

**CANDIDA GRACIELA REALES C.**
**C.C. 49.743.700 DE VALLEDUPAR**

Eliminar Archivar Informar Responder Responder a todos Reenviar

# RE: ACTA INICIO CANDIDA GRACIELA REALES

S **Supervisiones** Responder Responder a todos Reenviar

Para: Anna Maria Ramirez Arias Vie 4/10/2024 12:30 PM

Buen día.

Una vez revisado el documento se solicitan los siguientes ajustes:

1. PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 meses y 5 días. (Se debe colocar el plazo de ejecución que se ejecutará a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio).

Favor corregir solo lo mencionado y tener en cuenta que, si el documento no contiene estas correcciones, no se recibirá.

---

**De:** Anna Maria Ramirez Arias <anna.ramirez@supernotariado.gov.co>
**Enviado:** miércoles, 2 de octubre de 2024 7:55
**Para:** Supervisiones <supervisiones@Supernotariado.gov.co>
**Asunto:** ACTA INICIO CANDIDA GRACIELA REALES

ADJUNTO ACTA INICIO

Cordialmente,

**ANNA MARÍA RAMIREZ ARIAS**
Coordinación Administrativa y Tecnológica
ORIP Valledupar-Cesar
Ext: 3677 Celular: 3003000168
AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Superintendencia de Notariado y Registro. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a oficinaatencionalciudadano@supernotariado.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

Confidencialidad: La información contenida en este mensaje de e-mail y sus anexos, es confidencial y está reservada para el destinatario únicamente. Si usted no es el destinatario o un empleado o agente responsable de enviar este mensaje al destinatario final, se le notifica que no está autorizado para revisar, retransmitir, imprimir, copiar, usar o distribuir este e-mail o sus anexos. Si usted ha recibido este

## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdcaranto | DIEGO ARMANDO CARANTON LINARES |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 12-04-00-000 | SNR NIVEL CENTRAL GESTION GENERAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 26/09/2024 12:00:00 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 107624 de fecha 2024-09-13. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 537624 | **Fecha Registro:** | 2024-09-26 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 12-04-00-000 SNR NIVEL CENTRAL GESTION GENERAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 8.667.330,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 8.667.330,00 | **Saldo x Obligar:** | 8.667.330,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: Cédula de Ciudadanía** | 49743700 | **Razón Social:** | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 91209713638 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 16656408 | **Nombre:** | WILLIAM PEREZ CASTAÑEDA | **Cargo:** | SECRETARIO GENERAL |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | 2269*2024 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2024-09-26 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12-04-00-000 SNR NIVEL CENTRAL GESTION GENERAL | C-1299-0800-9-10305C-1299052-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE GESTIÓN DOCUMENTAL - IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL DE LA SNR A NIVEL NACIONAL | Propios | 20 | CSF | | 8.667.330,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 8.667.330,00 | 0,00 | 8.667.330,00 | 8.667.330,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | DAF-GD - ORIP VALLEDUPAR - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2269*2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12-04-00-000 | SNR NIVEL CENTRAL GESTION GENERAL | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2024-09-26 | 8.667.330,00 | 8.667.330,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 2269-2024 SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y LA CONTRATISTA CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO, CONFORME AL SIGUIENTE DETALLE:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato Número | **2269** | **Vigencia:** | **2024** |
| Entidad contratante: | SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO | | |
| Nit: | 899.999.007-0 | | |
| Ordenador del gasto | WILLIAM PÉREZ CASTAÑEDA | | |
| Identificación: | Cédula de Ciudadanía 16.656.408 de Cali | | |
| Contratista: | CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO | | |
| Identificación: | Cédula de Ciudadanía 49.743.700 | | |
| Servicios: | DE_APOYO_A_LA_GESTIÓN | | |
| Honorarios mensuales: | ($ 2.476.380) DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE | | |
| Perfil | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | |
| DEPENDENCIA: | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| Línea Paa | DAF-GD2751 | | |
| **CLÁUSULAS DE CONDICIONES ADICIONALES:** | | | |
| **1) Objeto:** | El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero, a título de honorarios.<br><br>Dependencia: Dirección Administrativa y Financiera – Grupo De Gestión Documental. .<br>Perfil: Auxiliar Administrativo | | |
| **2) Lugar de Ejecución** | El lugar de ejecución del contrato será en: Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Valledupar (O en el lugar que por necesidad del servicio se requiera) | | |
| **3) Plazo:** | El término de ejecución del presente contrato será de: 3 (Meses) y 15(Días), sin superar el **31** de diciembre de **2024**<br><br>En todo caso, su ejecución se establecerá a partir de la suscripción del acta de inicio entre el Contratista y el Supervisor, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del mismo. | | |
| **4) Obligaciones Específicas:** | **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:**<br><br>1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.<br>2. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato.<br>3. Apoyar las actividades para la clasificación organización y levantamiento de inventarios documentales de archivos de acuerdo con el ciclo vital del documento aplicando las Tablas de Retención Documental de la Entidad.<br>4. Adelantar los procesos de selección, ordenación, identificación de fondos acumulados documentales, preparación de inventarios para eliminaciones documentales en archivos de gestión y central, de acuerdo con procedimientos archivísticos establecidos.<br>5. Cumplir con los planes de trabajo y entrega de los productos en los tiempos establecidos.<br>6. Participar de ser requerido en las reuniones y mesas de trabajo del Grupo de Gestión Documental, y colaborar con las tareas asignadas.<br>7. Reportar oportunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados.<br>8. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, bajo los principios de la ética profesional.<br>9. Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada. | | |

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 2269-2024 SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y LA CONTRATISTA CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO, CONFORME AL SIGUIENTE DETALLE:

| | |
|---|---|
| | 10. Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del mismo.<br><br>**NOTA:** En todo caso, el contratista debe presentar el informe de ejecución contractual y CUENTA **DE COBRO DE MANERA MENSUAL,** al supervisor, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera. |
| **5) Valor:** | El valor total del contrato es hasta por la suma de OCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS ($8.667.330,00) MCTE |
| **6) CDP:** | El presente contrato se financiará con cargo al Presupuesto de la SNR vigencia 2024, distribuidos así:<br><br>**CDP No.** \| **Valor** \| **Proyecto – Rubro**<br>107624 de 2024 \| $ 309.814.320,00 \| C-1299-0800-9-10305C-1299052-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE GESTIÓN DOCUMENTAL - IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL DE LA SNR A NIVEL NACIONAL |
| **7) Forma de pago:** | El valor del contrato se pagará en mensualidades iguales sucesivas y vencidas cada una hasta por la suma de **($ 2.476.380) DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE** o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, previa aprobación por parte del supervisor del contrato de los respectivos informes de avance que den cuenta de la ejecución del contrato.<br><br>En todos los casos se debe aportar los documentos requeridos, para el pago, conforme los lineamientos establecidos en las circulares de pago de la SNR.<br><br>NOTA: El contratista se obliga a aportar el soporte de pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social: salud, pensión y ARL. |
| **8) Garantía:** | El incumplimiento a las obligaciones contractuales constituye el mayor riesgo para el normal desarrollo del objeto contractual por lo que **EL CONTRATISTA** deberá constituir a favor de la Superintendencia de Notariado y Registro garantía única, que deberá cobijar los siguientes riesgos**: 1). De Cumplimiento: Equivalente al Diez por ciento (10%) del valor del contrato,** con vigencia por el plazo de ejecución del contrato, y seis (6) meses más, contados a partir de la fecha de suscripción del mismo:<br><br>**Beneficiario / Asegurado:** \| Superintendencia de Notariado y Registro |
| **9) Supervisión** | La vigilancia en la ejecución y cumplimiento estricto del contrato estará a cargo de FERNANDO BALLESTEROS GOMEZ, Registrado de la Oficina de Instrumentos Públicos de Valledupar, O QUIEN HAGA SUS VECES, o a quien designe el ordenador del gasto. |
| **10) Cláusula Penal Pecuniaria** | En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato por parte del contratista, éste deberá pagar a **LA SUPERINTENDENCIA** a título de pena, una suma equivalente al **20% del valor total de este contrato**, la cual será cancelada o descontada, según sea el caso, al momento de efectuarse el pago del contrato.<br><br>Igualmente, frente al incumplimiento de las obligaciones del contratista, éste deberá pagar a título de tasación anticipada de perjuicios una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, la cual será cancelada o descontada, según sea el caso, al momento de efectuarse el pago del contrato. No obstante, la Entidad se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales que excedan el monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. |
| **11) Multas** | Con el fin de conminar al **CONTRATISTA** al cumplimiento de las obligaciones que se encuentren en mora o |

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN 2269-2024 SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y LA CONTRATISTA CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO, CONFORME AL SIGUIENTE DETALLE:

| | |
|---|---|
| | retraso, se causarán multas hasta por un valor equivalente al 0.5x1000 del valor del contrato por cada día de incumplimiento o retraso, hasta cuando estas efectivamente se cumplan.<br><br>La imposición de las multas se hará mediante resolución motivada, previo agotamiento del debido proceso y de conformidad con lo establecido en la Ley 1474 de 2011.<br><br>La imposición de multas no impedirá la aplicación de otras sanciones a que hay lugar por el incumplimiento.<br><br>**EL CONTRATISTA** autoriza a que la SUPERINTENDENCIA descuente del saldo a su favor, el valor correspondiente a las multas que se llegaren a causar |
| **12) Documentos anexos a las Condiciones adicionales** | Todos los documentos que se encuentran cargados en la plataforma transaccional SECOP II, referente a este proceso, hacen parte del presenten formato de Condiciones Adicionales para el contrato de prestación de servicios. |

Aprobó transaccionalmente: William Pérez Castañeda - Secretario General
Aprobó y Revisó: Alejandro Cardona Aguirre – Director de Contratación
Revisó y aprobó: Dany Luz Orozco Franco – Asesora de Despacho
Proyectó: Gabriela Marmol- Contratista GMA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

*blank*

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

*blank*

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ACTA DE INICIO CANDIDA-1.pdf | ACTA DE INICIO CANDIDA-1.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | DESIGNACION DE SUPERVISION CANDIDA GRACIELA .pdf | DESIGNACION DE SUPERVISION CANDIDA GRACIELA .pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | Compromiso 537624 DAF-GD - ORIP VALLEDUPAR - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2269_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO.pdf | Compromiso 537624 DAF-GD - ORIP VALLEDUPAR - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2269_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | ARL CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO.pdf | ARL CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | cadso_concepto - 2024-02-01T171628.550.pdf | cadso_concepto - 2024-02-01T171628.550.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS2(3).zip | EVIDENCIAS2(3).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JMR S.A.S

Empresa de Salud Ocupacional

NIT: 900272056 - 3

# CONCEPTO APTITUD LABORAL



**Paciente:** CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO

**Identificación:** CC 49743700

**Edad:** 54

**Cargo:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO

**Empresa en labor:** SUPER INTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

**Empresa:** PARTICULAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. Orden** | 0042654 | **Fecha atención:** | 2024-02-01 17:05:07 |
| **Realizado en:** | Valledupar - Cesar | **Fecha salida:** | 2024-02-01 17:05:32 |
| **Tipo evaluación:** | Examen medico ocupacional de Ingreso-Osteomuscular | | |

## Examenes realizados

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

| Recomendaciones laborales | Manejo por EPS/ARP | Habitos y estilos de vida | Incluir en SVE |
|---|---|---|---|
| No aplica | No aplica | No aplica | No aplica |

## Restricciones laborales

No aplica

## Concepto aptitud laboral

Apto sin restricciones

## Aptitud para tareas especificas

No aplica

## Observación

No aplica

JAIRO MARTINEZ ROJAS
REG: 4610
LIC: 2070

Jairo A. Martinez Rojas
MEDICINA GENERAL

Firma del especialista en salud ocupacional
**JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS**
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
**CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO**
Identificación:CC 49743700

www.jmrsaludocupacional.com ~ e-mail:jmrsaludocupacional@hotmail.com

Tel. 5817273 ~ Calle 11 # 11A - 15 - Valledupar

**ÁREA DE APROBACIÓN**

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

**MOSTRAR DETALLES**

## Flujo de aprobación

**Documentos (0)**
**Tareas del flujo (2/2)**
**Comentarios (0)**

### Tareas del flujo

Detalle del flujo de aprobación. Debe asegurar que todas las tareas estén asignadas a un usuario.

**FLUJOS DE APROBACIÓN**

**Aprobar garantía**

Nivel 1 - Con orden

| | Asunto | Estado | Asignado a | Realizado por | Fecha del estado |
|---|---|---|---|---|---|
| .1 | Aprobación Director Contractual | Aprobado | Carlos Hugo Marin Aristizabal | Carlos Hugo Marin Aristizabal | 22 horas de tiempo transcurrido *(26/09/2024 4:37:36 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| .2 | Director de Contratación (E) | Aprobado | Director de Contratación :: Aprobación Director | Ramiro Alejandro Cardona Aguirre | 22 horas de tiempo transcurrido *(26/09/2024 4:39:11 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

**Id de la garantía** CO1.WRT.15259641

**Referencia de la garantía** 47-46-101021026

**Estado** Aprobado

**Justificación** ☑ Cumplimiento - Cumplimiento del contrato

**Tipo de garantía**
- ◉ Contrato de seguro
- ○ Patrimonio autónomo
- ○ Garantía bancaria

**Entidad aseguradora** SEGUROS DEL ESTADO SA

**Número de póliza** 47-46-101021026

**Tomador** REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA

**Beneficiario** SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

| Justificación | Valor del amparo | Vigencia |
|---|---|---|
| Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | 866.733,00 COP | 7/07/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

| | Descripción | Nombre del documento | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | GRACIELA REALES CARILLO SUPER INTENDENCIA DE NOTARIADO 2024.pdf | GRACIELA REALES CARILLO SUPER INTENDENCIA DE NOTARIADO 2024.pdf | Descargar | Detalle |

**Creado por:** *CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO* 25/09/2024 5:36 PM *(UTC -5 horas)*

---

Cancelar

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/09/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 899999007 | **Cédula Usuario:** | CC 1019020494 |
| **Nombre:** | SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO | | | | |
| **Dirección:** | CL 26 13 49 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | edna.pulido@supernotariado.gov.co | | | | |
| **Teléfono:** | 3282121 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1841201 ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 1019020494 | HEIDY MARCELA CAMACHO SAAVEDRA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 626 | 27/09/2024 | CC 49743700 | REALES CARRILLO CANDIDA | 1 | 0.522 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

A5223F86DE42076C0264E8AB11D57D2F

Certificado impreso el día 9/26/2024 10:37:28 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**CANDIDA GRACIELA**
**REALES CARRILLO**
49743700

**SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO**
899999007

Este carné es personal e intransferible

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 890.309.578-5

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| VALLEDUPAR | AGENCIA VALLEDUPAR | 47 | 47-46-101021026 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA: | MES: | AÑO: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DÍA: | MES: | AÑO: | HORAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
| 25 | 09 | 2024 | 25 | 09 | 2024 | 00:00 | 07 | 07 | 2025 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA | | | IDENTIFICACIÓN: | C.C. :49,743,700 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | BRR VILLA DARIANA | CIUDAD: | VALLEDUPAR - CESAR | TELÉFONO: | 3007703775 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO | | | IDENTIFICACIÓN: | NIT. :899,999,007-0 |
|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCIÓN: | CL 26 NRO. 13 - 49 IN 201 | CIUDAD: | BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL | TELÉFONO: | 6013282121 |
| ADICIONAL: | | | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 2268-2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: EI CONTRATISTA DEBERÁ PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA, DENTRO DEL PLAZO ACORDADO, LOS SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES ENUNCIADAS A LO LARGO DEL PRESENTE CONTRATO. COMO CONTRAPRESTACIÓN RECIBIRÁNTRATOPOR PARTE DEL CONTRATANTE UNAS SUMAS DE DINERO, A TÍTULO DE HONORARIOS. DEPENDENCIA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL.. PERFIL AUXILIARADMINISTRATIVO

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 25/09/2024 | 07/07/2025 | $ 866,733.00 |

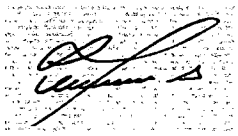
ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 866,733.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑÍA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| COMPAÑIA MEGA SEGUROS Y SERVICIOS LTDA | 153890 | 100,00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO**

**PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 CENTRO MILENIUM PLAZA - TELÉFONO: 5850069 - VALLEDUPAR**





47-46-101021026

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR



NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

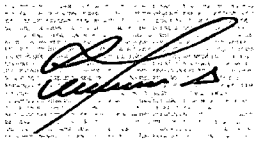
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 890.009.578-6

# CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 47-46-101021026, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en VALLEDUPAR, a los 25 días del mes de Septiembre de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 47461010210260

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA — C.C. C.C. :49,743,700 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 47-46-101021026 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA VALLEDUPAR - CU. ESTATAL - 101021026 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** COMPAÑIA MEGA SEGUROS Y SERVICIOS LTDA - 153890 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**ORIGINAL**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**Hace constar que:** **RECIBO DE PAGO N°:** 47461010210260

| | |
|---|---|
| **FECHA** | |
| CONTADO | |
| **RECIBIMOS DE:** | REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA — C.C. C.C. :49,743,700 |
| **LA SUMA DE:** | TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO DE PÓLIZA NRO.: 47-46-101021026 |

| SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA | PRIMA | GASTOS EXPEDICION | IVA | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| AGENCIA VALLEDUPAR - CU. ESTATAL - 101021026 - 0 - 0 | $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 |

**FORMA DE PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| | **EFECTIVO:** | $ 33,320.00 |
| | **CHEQUE:** | $ 0.00 |
| | **TARJETA:** | $ 0.00 |
| | **BD:** | $ 0.00 |
| **INTERMEDIARIO:** COMPAÑIA MEGA SEGUROS Y SERVICIOS LTDA - 153890 | **OTROS:** | $ 0.00 |
| | **TOTAL:** | $ 33,320.00 |
| | **CAJERO: RAPIESTADO** | |

**COPIA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 890.403.576-6

# PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.47-46-101021026

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SaludTotal

VALLEDUPAR, Octubre 18 de 2024

Señora:
REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA
CC. 49743700
VILLA DARIANA - 2999
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 1 de 2015. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REALES CARRILLO CANDIDA GRACIELA | 49743700 | C | Ago-1-2015 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio) | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO | 49743700 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO | 49743700 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |
| REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL | 49743700 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CANDIDA GRACIELA REALES CARRILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **49743700,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de octubre de 2024.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14571476713

(415)7707212489984(8020) 000001457147671 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 13. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 4 9 7 4 3 7 0 0 | 4 | Impuestos y Aduanas de Valledupar | 2 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 9 7 4 3 7 0 0 | 1 9 8 7 0 3 2 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | Valledupar 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| REALES | CARRILLO | CANDIDA | GRACIELA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | Valledupar 0 0 1 |

41. Dirección principal
MZ 62 CA 29 BRR VILLA DARIANA

42. Correo electrónico kandyreca@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 5 8 8 4 0 9 9 | 3 1 7 4 7 6 1 7 2 0 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 0 8 0 2 2 7 | 9 7 0 0 | 2 0 1 3 1 2 0 3 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DOCUMENTO GENERADO DE MANERA AUTOMÁTICA SIN FIRMA