



SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
Y REGISTRO

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

Día Mes Año
27 07 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1.047.513.874

DE

CARTAGENA

TELEFONO DE CONTACTO

300-6196636

FIJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

CLAU1611P@GMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL

CLAUDIA.PINEDA@SUPERNOTARIADO.GOV.CO

BANCO

BANCOLOMBIA

No DE CUENTA

91297206716

C.A.

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

654

DE

2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 5.215.500,00

HONORARIO MENSUAL

\$ 1.738.500,00

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL, para prestar sus servicios de apoyo a la gestión de las actividades relacionadas con la implementación, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad, en oficinas de registro de instrumentos públicos de Cartagena.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

GUSTAVO CUADRADO LEAL

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

CDP No.

64220

CRP No.

177720

FECHA APROBACION
POLIZA

Día Mes Año
19 05 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

CARTAGENA

DEPARTAMENTO

BOLIVAR

FECHA / FINALIZACIÓN
CONTRATO

Día Mes Año
14 08 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año
19 05 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES DIAS
3 0

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

\$ 1.738.500,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 1.738.500,00

PERIODO DE PAGO

Día Mes Año
DEL 01 07 2020
AL 31 07 2020

PAGO No. No DIAS

03

30

100%

MES A COBRAR

JULIO

JULIO

COBRA CON FACTURA

No de factura

NO

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página

1



Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm

Carta 21.59 cm x 27.94 cm
tamaño a 79%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBK 113282121
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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)	\$ 109.800	NUEVA EPS SA	# 12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN ASEGURADORA DE	\$ 140.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	# 16%
3. RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	ARP SURA	# 0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	9406860951

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 5.215.500,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01 VALOR DEL PAGO \$ 695.400,00	\$ 695.400,00	\$ 4.520.100,00
PAGO 02	02 VALOR DEL PAGO \$ 1.738.500,00	\$ 2.433.900,00	\$ 2.781.600,00
PAGO 03	03 VALOR DEL PAGO \$ 1.738.500,00	\$ 4.172.400,00	\$ 1.043.100,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.
DEL	01	07	2020	JULIO
AL	31	07	2020	03 JULIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1). Allegar a la Superintendencia de Notario y Registro, en los plazos en los que se le determine, los documentos requeridos para el inicio del contrato, 2). Aportar el examen médico de salud ocupacional solicitado por la SNR con la presentación de la primera cuenta de cobro. 3). Constituir la garantía única para su posterior aprobación por la Superintendencia. 4). Acreditar su afiliación en una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondo de Pensiones (A.F.P). Y a una Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L). Y encontrarse al día en el pago de los respectivos aportes.	

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Pagina 2



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 10-48 Int. 201 / PISO 2
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
5). Suscribir conjuntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. 6). Para efectos de pago mensual del honorarios el contratista deberá presentar, impresión o fotocopia de la respectiva planilla con la que se realiza el pago discriminados E.P.S.,A.F.P. y A.R.L., salvo las excepciones legalmente establecidas y el formato informe de supervisión del cumplimiento del contrato de prestación de servicios, solicitud y autorización de pago, informe de actividades por escrito aprobado por el supervisor del contrato.7). Sin perjuicio de la autonomía técnica y administrativa, atender las instrucciones y lineamiento que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de quien sea designado como supervisor del contrato. 8). Obras con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. 9). Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del objeto contractual. 10). Disponer lo necesario para que objeto del contrato se cumpla a cabalidad. 11). No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúan por fuera de la ley, con el fin de obligación a hacer u omitir algún acto o hecho informando inmediatamente a la Superintendencia de Notario y Registro y demás autoridades competentes cuando se presenta tales circunstancias. 12). Cumplir con los demás deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato. 13). Enviar a la Dirección de Contratación los informes mensuales dentro de los cinco (05) días siguientes a la aprobación del mismo; al siguiente correo: supervisiones@supernotariado.gov.co. 14). Queda prohibido prestar el servicio en estado de embragues y/o bajo el consumo de sustancias psicoactivas.	1- entrega de implementos de bioseguridad 2- supervisar que los protocolos de bioseguridad sean cumplidos 3- delingeciar los formatos de toma de temperatura de funcionarios y de usuarios .

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 **CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.047.513.874** de **CARTAGENA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **654** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.
del CRP No. **177720** CDP No **64220**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **1.738.500,00**

Valor en letras: **MILLON SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS**

El (la) contratista **AUTORIZA** el descuento para **PAGO** de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: \$ **254.900,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

Día Mes Año				PAGO No.	
PERIODO DE PAGO	DEL	01	07		
	AL	31	07		
				03	JULIO

Para constancia se firma en **CARTAGENA** a los **27** días del mes de **JULIO** de **2020**

SUPERVISOR



Firma Supervisor
GUSTAVO CUADRADO LEAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO

CONTRATISTA



Firma Contratista
CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO
Cedula de Ciudadania No
1.047.513.874 DE CARTAGENA

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Pagina 4



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 - PDX (110262121)
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

CARTAGENA DE INDIAS D, T Y C 27 de Jul. De 20

DOCTOR: GUSTAVO CUADRADO LEAL

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

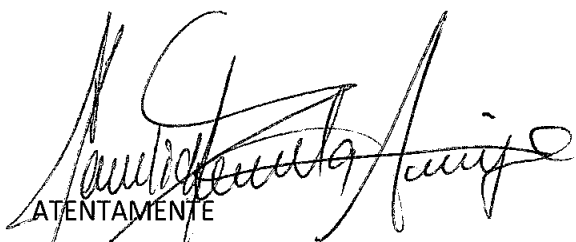
ORIP-CARTAGENA

CUIDAD

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES

ENVIO UN CORDIAL SALUDO ASI MISMO REMITO INFORME DE LA REALIZACION DE LAS
ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO EL MES DE JULIO DE 2020

TOMA DE TEMPERATURA DE FUNCIONARIOS AL MOMENTOS DE ENTRAR Y SALIR DE LA ENTIDAD,
DELIGENCIAR LOS FORMATOS DE TOMA DE TEMPERATURA DE FUNCIONARIOS Y USUARIOS,
ENTREGAR LOS IMPLEMENTOS DE BIOSEGURIDAD A LOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS DE LA
ENTIDAD , SUPERVISAR QUE LOS ´PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEAN CUMPLIDOS



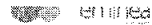
ATENTAMENTE

CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO

1,047,513,874

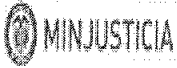
DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
* Identificación	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 104751474	PINEDA ARAUJO CLAUDIA REBECA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 20 #25C 121	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco
2020-05	2020-05	647466889	940A860951	1	2020/06/17	2020/06/08	BANCOLOMBIA
						Dias Mora	Valor
						0	\$254,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
TOTAL				1	\$254,900	\$0	\$0	\$254,900	



DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1947513874	PINEDA ARAUJO CLAUDIA REBECA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 20 #29C 121	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-05	2020-05	647466989	9406850951	1	2020/06/17	2020/06/08	BANCOLOMBIA
						Dias Mora	0
						Valor	
						\$254.900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sumatoria PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600			\$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600			\$0
1	CC	1947513874	PINEDA CLAUDIA	230301	30	\$877,803	\$140,500	EP5037	30	\$877,803	\$109,800	0		\$0	\$0	14-11	30	\$877,803	\$4,600	0	\$0
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600			\$0

			Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020			

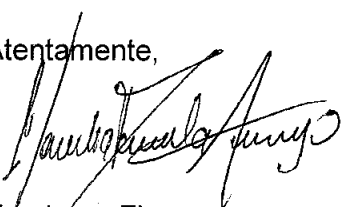
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. **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 Construcción (AFC) SI___ NO X, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO X, adjuntarv extracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 29 días del mes de Julio de 2020.

Atentamente,



Nombre y Firma

CC. 1047513877

