| Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 2 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 24 - 01 - 2025 |

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

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Dia 03 | Mes 03 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | MABEL ROCHA CHARRIS | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 26.927.383 | DE | ENERIFE -MAGDALEN |
| CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 000-0008299 | CELULAR | 3122855919 |
| E-MAIL PERSONAL | MAYGEL04@HOTMAIL.COM | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | MABEL.ROCHA@SUPERNOTARIADO.GOV.CO | | |
| BANCO | BANCO DE BOGOTA | No DE CUENTA | 627206196 |

C.A. X  C.C.

CONTRATO ACTUAL: No 820 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 20.603.520,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 2.575.440,00

OBJETO DEL CONTRATO: 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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GUSTAVO CUADRADO LEAL

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADOR ADMINISTRATIVO

CDP No. 34925  CRP No. 124825

FECHA CDP 21/01/2025  FECHA CRP 5/02/2025

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 12 | Mes 02 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CARTAGENA

DEPARTAMENTO: BOLIVAR

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 11 | Mes 10 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 12 | Mes 02 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 8 | DIAS 0

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

ADICION Y/O PRORROGA No.

CDP No.  CRP No.

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

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.631.112,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.631.112,00

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | | | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 12 | 02 | 2025 | PAGO No. | No DÍAS | | FEBRERO |
| AL | 28 | 02 | 2025 | 01 | 19 | 63% | FEBRERO |



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
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) | 0 | ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 0 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 0 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 0.522% |

TOTAL A PAGAR $ - PLANILLA DE PAGO No.

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 20.603.520,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.631.112,00 | $ 1.631.112,00 | $ 18.972.408,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| 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 | | $ - | $ - |
| PAGO 14 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 15 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 16 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 17 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 18 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 19 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 20 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |

| PERIODO DE PAGO | | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 12 | 02 | 2025 | | FEBRERO |
| | AL | 28 | 02 | 2025 | 01 | FEBRERO |



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
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

## 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. Recepcionar los documentos radicados en la ORIP que ingresan por ventanilla, dando cumplimiento a las normas establecidas en registro de los sistemas FOLIO y/o SIR con una periodicidad de cada hora, diligenciando y firmando el formulario de control de turnos de línea de producción. 3. Organizar la documentación de acuerdo con los principios de prioridad y rango establecido en el Ley 1579 del 2012; como es, retirar el material abrasivo de los documentos por turno, ordenar el turno, disponer los documentos del turno en carpeta independiente para el inicio de la etapa de digitalización de acuerdo con el instructivo (Alistamiento los documentos) 4. Tomar cada una de las carpetas por turno de radicación de menor a mayor e identificar los turnos de nueva entrada para referenciar el turno anterior en el SGD- IRIS. Segunda fase: buscar el turno en el sistema (SGD-IRIS) digitalizar el formulario de calificación o formulario de corrección o nota devolutiva o mayor valor (según sea el caso); por último, se debe buscar por el sistema SGD-IRIS el turno asignado en radicación y adjuntar, realizar verificación completa (Digitalización los documentos, primera fase) 5. Verificar el turno del documento físico, contra el turno e imágenes que aparecen en la pantalla SGD-IRIS, eliminar hojas en blanco, validar paginación para garantizar la calidad del documento. 6. Asociar un tipo documental a cada imagen; grabar el documento al 100% (Realizar la indexación) 7. Validar que el recibo de caja físico coincida con el turno del documento digitalizado y los datos básicos, verificar consecutivo, paginado y la tipificación de la cantidad de hojas digitalizadas o alistamiento (Tipificación del documento) 8. Organizar el documento como fue recibido en ventanilla, de acuerdo al turno respectivo en el archivo temporal, en orden de turno, clasificando los documentos en turnos devueltos y los de mayor valor. Mientras dura el trámite interno, diligenciar al formato de préstamos y consultas (Armado de documentos) 9. Ubicar el documento generado por la ORIP una vez realizada la segunda digitalización, como respuesta a la solicitud: formulario de calificación, nota devolutiva, formulario de corrección y/o mayor valor, este documento se anexa al turno clasificando los turnos de documentos identificados como: devueltos y mayor valor ubicándolos en el área dispuesta que permita su identificación. Para los documentos calificados o corregidos; se procede a ubicar y retirar del archivo temporal la documentación y separar la copia con destino a registro y la del usuario, se anexa el formulario de calificación o formulario de corrección a cada paquete, se entrega a ventanilla el identificado para el usuario; el paquete con destino a registro se ubica en el archivo en el área física definida, para armado e inventario. (Disposición y armado del trámite registral) 10. Diligenciar los informes: Anexo número No. 2, novedades presentadas en los sistemas IRIS y estado de la infraestructura tecnológica entregada por la SNR para desempeñar sus funciones, formato único de inventario documental FUID, formato Excel dando cumplimiento a la Ley de General de Archivo. (Entrega del archivo en Excel y PDF). 11. Responder por la administración y manejo de los bienes entregado para la ejecución del contrato. 12. Mantener plena reserva y confidencialidad de la información que reciba para el cumplimiento del contrato. 13. Recibir, identificar, radicar, clasificar, distribuir, controlar y entregar los documentos ingresados para registro o corrección en caja o en la ventanilla correspondiente. 14. Realizar la sistematización o digitalización de los documentos que se requieran acorde con los lineamientos institucionales de las actividades desarrolladas en caja o en la ventanilla correspondiente. 15. Digitalizar las actuaciones administrativas una vez se encuentre ejecutoriada la decisión. 16. Aplicar el acuerdo 042 de 2012 del Archivo General de la Nación, las normas que lo modifiquen y demás normatividad vigente que rige la materia. 17. Apoyar las funciones de archivo misional, administrativo y demás, cuando la oficina de registro de instrumentos público no cuente con apoyo de gestión documental. 18. Apoyar en la ejecución y el control de los procesos de la Dependencia, para dar cumplimiento a las metas propuestas. 19. Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondos 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. 20. Las demás que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del contrato. | Alistamietos de turnos inscrito y devueltos del mes Febrero 2025 y segunda digitalizacion. |

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
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

| Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 2 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 24 - 01 - 2025 |

**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 **MABEL ROCHA CHARRIS** identificado (a) con cedula de ciudadania No **26.927.383** de **TENERIFE -MAGDALENA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **820** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **124825** CDP No **34925**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.631.112,00**

**Valor en letras:** **UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CIENTO DOCE PESOS CON 00 CTVOS**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO DE PAGO | DEL | 12 | 02 | 2025 | PAGO No. | FEBRERO |
| | AL | 28 | 02 | 2025 | 01 | FEBRERO |

Para constancia se firma en **CARTAGENA** a los **03** días del mes de **MARZO** de **2025**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
GUSTAVO CUADRADO LEAL
COORDINADOR ADMINISTRATIVO

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
MABEL ROCHA CHARRIS
**Cedula de Ciudadania No**
26.927.383 **de** TENERIFE -MAGDAL



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

| Superintendencia de Notariado y Registro | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 03 |
|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Versión: 01 |
| | FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL | Fecha: 17 – 01 - 2025 |

# CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el (la) señor(a) **MABEL ROCHA CHARRIS**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **26.927.383** de **TENERIFE**, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 820 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de NO APLICA.

| **Dependencia** | **DIRECCIÓN_TÉCNICA_DE_REGISTRO - DTR_LP** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Perfil Contratista** | **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** | | | | | | | | |
| **Mes a cobrar** | **Desde** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Hasta** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | **12** | **02** | **2025** | | **28** | **02** | **2025** | |
| **Planilla seguridad social** | Valor Salud | | | | | | | $N/A | |
| | Valor Pensión | | | | | | | $N/A | |
| | Valor ARL | | | | | | | $N/A | |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | N/A | |
| | Número de planilla | | | | | | | N/A | |
| | Periodo de la planilla | | | | | | | N/A | |
| | Fecha pago planilla | | | | | | | N/A | |

Se expide la presente certificación una vez verificado el pago de la planilla anteriormente relacionada y sirve como soporte para cuenta de cobro del contratista a los 03 días del mes de marzo de 2025.

**GUSTAVO LEONARDO CUADRADO LEAL**
**COORDINADOR ADMINISTRATIVO**

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 13248-00003366-SM

Fecha de Radicación: 18/02/2025

**I. DATOS DE TRÁMITE**

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ] | 2. Tipo de Afiliación: B. Colectiva [ ] | A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o Afiliado [ ]; C. Institucional [ ]; D. De Oficio [ ] | 3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] |
| 4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | 5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] | | Código (a registrar por la EPS) [ ] |

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)** A. AFILIACIÓN

| 6. Apellidos y Nombres | | | |
|---|---|---|---|
| ROCHA | CHARRIS | MABEL | Segundo nombre |
| **7. Tipo de Documento de Identidad** | **8. Número del documento de identidad** | **9. Sexo** | **10. Fecha de Nacimiento** |
| CC | 26927383 | Femenino [X] Masculino [ ] | 12/09/1982 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11. Etnia: 06 | 12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | 13. Puntaje SISBEN [ ] | 14. Grupo de Población Especial: ND | |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales - SURAMERICANA DE SEGUROS | 16. Administradora de Pensiones: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1423500 | | |
| 18. Residencia: CR 4 16 - 1 | 3122855 | 3122855919 | MAYGEL04@HOTMAIL.COM | |
| EL GUAMO (Municipio/Distrito) | Zona: Urbana [ ] Rural [X] | NERVITI (Localidad/Comuna) | BOLIVAR (Departamento) | |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente

| 19. Apellidos y Nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo de Documento de identidad** | **21. Número del documento de identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de Nacimiento** |
| [ ] | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

| 24. | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| 25. | Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| 29. | Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | N | M | Condición: T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| 32. | Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urban | Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | 1 | |
| B | 2 | |
| B | 3 | |
| B | 4 | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón | 36. Tipo de Documento de identidad | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| MABEL ROCHA CHARRIS | CC | 26927383 | Independiente |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 2 (Dirección) | Teléfono | maygel04@hotmail.com (Correo electrónico) | EL GUAMO (Municipio/Distrito) | BOLIVAR (Departamento) |

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

**40. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

**41. Datos básicos de identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | | Sexo | Fecha de nacimiento | **42. Fecha** |
|---|---|---|---|---|
| [ ] | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | 1 2 0 2 2 0 2 5 |

| **43. EPS anterior** | **44. Motivo de Traslado** Código [ ] | **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones** |
|---|---|---|
| | | |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- [ ] 46. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

**IX. ANEXOS**

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad: 0 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0 Total 0
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

| **66. Identificación de la Entidad Territorial** Código del municipio | Código del departamento | **67. Datos del SISBEN** Número de ficha | Puntaje | Nivel | **68. Fecha de radicación** | **69. Fecha de validación** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | **71. Firma del funcionario** |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MABEL ROCHA CHARRIS** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **26927383** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **ESE HOSPITAL LOCAL DE SAN JUAN NEPOMUCENO** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **12/02/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 18 de febrero del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **26927383,** *no está registrado/a* en el 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 26 de febrero de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

## FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2025

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:

| DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA | SI | NO |
|---|---|---|
| **1.** OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2024 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. | | X |
| **2.** Soy responsable del impuesto sobre la renta. | | X |
| **3. Dependiente Económico:** 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.** | | X |
| **4.** Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías. | | X |
| **5. AFC:** Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. **Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.** | | X |
| **6. Crédito de Vivienda**: Realizo pagos de crédito de vivienda, A**djuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.** | | X |
| **7. Medicina prepagada:** Realizo pagos de medicina prepagada, A**djuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.** | | X |
| **8.** Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si:<br>a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%).<br>b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT aplicable. | | X |
| **9.** Ha suscrito contratos durante el año 2025: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($199.196.000) | | X |

**Nota:** Remitir los soportes a los que hay lugar únicamente para contratos cuyos honorarios superen los **$6.000.000 mensuales**.

En constancia de lo anterior, se firma a los 03 días del mes de Marzo de 2025.

Atentamente,

NOMBRE: MABEL ROCHA CHARRIS

CC 26.927.383

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 13:33:19
MABEL ROCHA CHARRIS



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

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?** ○ 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

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ACTA DE INICIO MABEL ROCHA.pdf | ACTA DE INICIO MABEL ROCHA.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL MABEL ROCHA CHARRIS.pdf | ARL MABEL ROCHA CHARRIS.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Compromiso 124825.pdf | Compromiso 124825.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PANTALLAZO DE APROBACION DE POLIZA.pdf | PANTALLAZO DE APROBACION DE POLIZA.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. DESIGNACION DE SUPERVISION - MABEL.pdf | 2. DESIGNACION DE SUPERVISION - MABEL.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☑ | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | EVIDENCIAS PERIODO 12 AL 28 DE FEBRERO 2025.zip | EVIDENCIAS PERIODO 12 AL 28 DE FEBRERO 2025.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141023097458

(415)7707212489984(8020) 000014102309745 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 6 9 2 7 3 8 3 | 1 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 | 2 6 9 2 7 3 8 3 | 2 0 0 1 0 3 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Tenerife 7 9 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROCHA | CHARRIS | MABEL | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | El Guamo 2 4 8 |

41. Dirección principal: CORR NERVITI CL 2 BRR ABAJO

42. Correo electrónico: maygel04@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 2 8 5 5 9 1 9 | |

## 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 4 0 1 0 1 | 8 5 1 3 | 2 0 0 4 0 1 0 2 | | | | | |

## 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 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 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 2024 - 04 - 22 / 12 : 00: 45

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 ROCHA CHARRIS MABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL | Código: MP - GNCT - PO - 01 - PR - 01 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE PROCESOS CONTRACTUALES | Versión: 05 |
| | FORMATO: CONDICIONES ADICIONALES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | Fecha: 12 - 12 -2023 |

**DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 820-2025 SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y MABEL ROCHA CHARRIS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato Número** | **820** | **Vigencia:** | **2025** |
| **Entidad contratante:** | SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO | | |
| **Nit:** | 899.999.007-0 | | |
| **Ordenador del gasto** | WILLIAM PEREZ CASTAÑEDA | | |
| **Identificación:** | Cédula de Ciudadanía 16.656.408 de Cali | | |
| **Contratista:** | MABEL ROCHA CHARRIS | | |
| **Identificación:** | Cédula de Ciudadanía | No. | 26.927.383 |
| **Servicios:** | SERVICIOS_DE_APOYO_A_LA_GESTION | | |
| **Honorarios mensuales:** | DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 2.575.440) | | |
| **Perfil:** | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | |
| **Dependencia:** | DIRECCIÓN_TÉCNICA_DE_REGISTRO - DTR_LP | | |
| **Línea PAA:** | DTR_LP215 | | |

**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_TÉCNICA_DE_REGISTRO<br>Perfil: AUXILIAR ADMINISTRATIVO |
| **2) Lugar de Ejecución** | El lugar de ejecución del contrato será en: ORIP CARTAGENA DE INDIAS, NIVEL: REGIONAL CARIBE (O en el lugar que por necesidad del servicio se requiera) |
| **3) Plazo:** | El término de ejecución del presente contrato será de: 8 meses sin superar el 31 de diciembre de 2025.<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>1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establ ecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.<br>2. Recepcionar los documentos radicados en la ORIP que ingresan por ventanilla, dando cumplimiento a las normas establecidas en registro de los sistemas FOLIO y/o SIR con una periodicidad de cada hora, diligenciando y firmando el formulario de control de turnos de línea de producción.<br>3. Organizar la documentación de acuerdo a los principios de prioridad y rango establecido en el Ley 1579 del 2012; como es, retirar el material abrasivo de los documentos por turno, ordenar el turno, disponer los documentos del turno en carpeta independiente para el inicio de la etapa de digitalización de acuerdo con el instructivo (Alistamiento los documentos)<br>4. Tomar cada una de las carpetas por turno de radicación de menor a mayor e identificar los turnos de nueva entrada para referenciar el turno anterior en el SGD-IRIS. Segunda fase: buscar el turno en el sistema (SGD-IRIS) digitalizar el formulario de calificación o formulario de corrección o nota devolutiva o mayor valor (según sea el caso); por último, se debe buscar por el sistema SGD-IRIS el turno asignado en radicación y adjuntar, realizar verificación completa (Digitalización los documentos, primera fase)<br>5. Verificar el turno del documento físico, contra el turno e imágenes que aparecen en la pantalla SGD-IRIS, eliminar hojas en blanco, validar paginación para garantizar la calidad del documento.<br>6. Asociar un tipo documental a cada imagen; grabar el documento al 100% (Realizar la indexación)<br>7. Validar que el recibo de caja físico coincida con el turno del documento digitalizado y los datos básicos, verificar consecutivo, paginado y la tipificación de la cantidad de hojas digitalizadas o alistamiento (Tipificación del documento)<br>8. Organizar el documento como fue recibido en ventanilla, de acuerdo al turno respectivo en el archivo temporal, en orden de turno, clasificando los documentos en turnos devueltos y los de mayor valor. Mientras dura el trámite interno, diligenciar al formato de préstamos y consultas (Armado de documentos)<br>9. Ubicar el documento generado por la ORIP una vez realizada la segunda digitalización, como respuesta a la solicitud: formulario de calificación, nota devolutiva formulario de corrección y/o mayor valor, este documento se anexa al turno clasificando los turnos de documentos identificados como: devueltos y mayor valor ubicándolos en el área dispuesta que permita su identificación. Para los documentos calificados o corregidos; se procede a ubicar y retirar del archivo temporal la documentación y separar la copia con destino a registro y la del usuario, se anexa el formulario de calificación o formulario de corrección a cada paquete, se entrega a ventanilla el identificado para el usuario; el paquete con destino a registro se ubica en el archivo en el área física definida, para armado e inventario. (Disposición y armado del trámite registral)<br>10. Diligenciar los informes: Anexo número No. 2, novedades presentadas en los sistemas IRIS y estado de la infraestructura tecnológica entregada por la SNR para desempeñar sus funciones, formato único de inventario documental FUID, formato Excel dando cumplimiento a la Ley de General de Archivo. (Entrega del archivo en Excel y PDF).<br>11. Responder por la administración y manejo de los bienes entregado para la ejecución del contrato.<br>12. Mantener plena reserva y confidencialidad de la información que reciba para el cumplimiento del contrato.<br>13. Recibir, identificar, radicar, clasificar, distribuir, controlar y entregar los documentos ingresados para registro o corrección en caja o en la ventanilla correspondiente.<br>14. Realizar la sistematización o digitalización de los documentos que se requieran acorde con los lineamientos institucionales de las actividades desarrolladas en caja o en la ventanilla correspondiente.<br>15. Digitalizar las actuaciones administrativas una vez se encuentre ejecutoriada la decisión.<br>16. Aplicar el acuerdo 042 de 2012 del Archivo General de la Nación, las normas que lo modifiquen y demás normatividad vigente que rige la materia.<br>17. Apoyar las funciones de archivo misional, administrativo y demás, cuando la oficina de registro de instrumentos público no cuente con apoyo de gestión documental.<br>18. Apoyar en la ejecución y el control de los procesos de la Dependencia, para dar cumplimiento a las metas propuestas.<br>19. Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondos 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.<br>20. Las demás que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del contrato.<br><br>**Parágrafo:** 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. |

| Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL | Código: MP - GNCT - PO - 01 - PR - 01 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: GESTIÓN PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE PROCESOS CONTRACTUALES | Versión: 05 |
| | FORMATO: CONDICIONES ADICIONALES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | Fecha: 12 - 12 -2023 |

**DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 820-2025 SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y MABEL ROCHA CHARRIS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5) Valor:** | El valor total del contrato es hasta por la suma de VEINTE MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($ 20.603.520) | | |
| | El presente contrato se financiará con cargo al Presupuesto de la SNR vigencia 2025, distribuidos así: | | |
| | **CDP No.** | **Valor** | **Rubro Presupuestal** |
| **6) CDP:** | 34925 del 21 de enero de 2025 | $ 103.017.600 | A-02-02-02-008-005 (SERVICIOS DE SOPORTE) |
| **7) Forma de pago:** | El valor del contrato se pagará en mensualidades a título de honorarios iguales sucesivas y vencidas cada una hasta por la suma de ($ 2.575.440) DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 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>**Parágrafo:** 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: | | |
| | **Beneficiario / Asegurado:** | Superintendencia de Notariado y Registro | |
| **9) Supervisión** | La vigilancia en la ejecución y cumplimiento estricto del contrato estará a cargo del COORDINADOR DEL GRUPO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA CARTAGENA CARTAGENA DE INDIAS O QUIEN HAGA SUS VECES, o a quien designe el ordenador del gasto. | | |
| **10) Cláusula Penal Pecuniaria** | a. 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>b. 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** | a. Con el fin de conminar al **CONTRATISTA** al cumplimiento de las obligaciones que se encuentren en mora o 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>b. 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>c. La imposición de multas no impedirá la aplicación de otras sanciones a que hay lugar por el incumplimiento.<br><br>d. **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. | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Elaboró BD** | CRISTIAN GONZALEZ | ENLACE DEL ÁREA |
| **Revisó y proyectó** | KARLA MENGUAL | ABOGADO DE CONTRATACIÓN K.M.M.R |
| **Revisó** | HÉCTOR SUAREZ | ABOGADO DE CONTRATACIÓN |
| **Revisó y aprobó** | DANY LUZ OROZCO FRANCO | ASESORA DESPACHO |
| **Aprobó transaccionalmente:** | RAMIRO ALEJANDRO CARDONA A. | DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN |
| **Aprobó transaccionalmente:** | WILLIAM PÉREZ CASTAÑEDA | ORDENADOR DEL GASTO |

## ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

**CONTRATO No.** 820 **de 2025**
**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** MABEL ROCHA CHARRIS
**CEDULA DE CIUDADANIA:** 26.927.383

**FECHA DE INICIO:** 12 de febrero de 2025
**FECHA DE TERMINACIÓN:** 11 de octubre de 2025
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 8 meses.

El día 12 de febrero de 2025 en la ciudad de Cartagena Bolívar se reunieron GUSTAVO LEONARDO CUADRADO LEAL en su calidad de supervisor del contrato y MABEL ROCHA CHARRIS en su calidad de contratista, con el fin de dar comienzo a las actividades pactadas en el objeto del **anteriormente referenciado en la presente acta.**

Se firma en Cartagena Bolívar para los fines pertinentes el día 12 de febrero de 2025.

Gustavo Leonardo Cuadrado Leal
Coordinador del Grupo de Gestión Tecnológica Administrativa Cartagena

Mabel Rocha Charris
CC: 26.927.383 y

Homepage

Procesos SECOP | Procesos | Contratos | Proveedores | Otras herramientas | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio ↦ Menú ↦ Administración de contratos – Contrato en edición

AREA DE APROBACION

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

## DETALLE DE LA GARANTÍA

| | Asunto | Estado | Asignado a | Realizado por | Fecha del estado |
|---|---|---|---|---|---|
| .1 | Aprobación Director Contractual | Aprobado | Revisión :: Aprobacion polizas | zulay ariza | 3 horas de tiempo transcurrido *(12/02/2025 12:16:52 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| .2 | Director de Contratación (E) | Aprobado | Director de Contratación :: Aprobación Director | Ramiro Alejandro Cardona Aguirre | 3 horas de tiempo transcurrido *(12/02/2025 12:20:25 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |

**Id de la garantía** CO1.WRT.16374312

**Referencia de la garantía** 100000243-0

**Estado** Aprobado

**Justificación** ☑ Cumplimiento - Cumplimiento del contrato

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

**Entidad aseguradora** COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

**Número de póliza** 100000243-0

**Tomador** MABEL ROCHA CHARRIS

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 Co...

9 Incumplimientos

Volver

Documentos

Decreto 248 d

¿Debe cumplir

30% de los rec

destinados

cumpliendo c

Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021? Si No destinados a la compra de alimentos

Sentencia T-302 de 2017

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MABEL ROCHA CHARRIS** identificado con **CC** No. **26927383**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO - NI. 899999007 | **Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 04/02/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 10/10/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012942828.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**