SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años — La guarda de la fe pública	El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
		Versión: 04 S. Minimo 828.116
		Fecha: 09 / 01 / 2019

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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 08 | Mes 09 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	SHARON ROSANNA BONILLA CUJIA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	40.937.596	DE	RIOHACHA				
TELEFONO DE CONTACTO	300-3310684	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	sharonbonillac@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	sharon.bonilla@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	526 30392616	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	DE Año	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	HONORARIO MENSUAL
376	2020	$ 33.713.000,00	$ 3.586.500,00

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B, PARA LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA DE FORMALIZACIÓN Y SANEAMIENTO DE LA PROPIEDAD INMUEBLE URBANA QUE ADELANTA LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN, RESTITUCIÓN Y FORMALIZACIÓN DE TIERRAS A NIVEL NACIONAL.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

CDP No.	56520	CRP No.	131520	FECHA APROBACION POLIZA	Día 16 / Mes 03 / Año 2020
FECHA CDP	27/02/2020	FECHA CRP	17/03/2020		

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	RIOHACHA	FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO	Día 15 / Mes 12 / Año 2020
DEPARTAMENTO	GUAJIRA		

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO	Día 17 / Mes 03 / Año 2020	TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MESES 8 / DIAS 29

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Día / Mes / Año	CDP No.		CRP No.	
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Día / Mes / Año	MESES	DIAS	VALOR	

VALOR A COBRAR	$ 3.586.500,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 3.586.500,00		

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	08	2020				
AL	30	08	2020	04	30	100%	AGOSTO

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

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

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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$	179.400	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	229.600	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	7.500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	416.500	PLANILLA DE PAGO No.	4351349601

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 33.713.000,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.673.700,00	$ 1.673.700,00	$ 32.039.300,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 5.260.200,00	$ 28.452.800,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 8.846.700,00	$ 24.866.300,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 3.586.500,00	$ 12.433.200,00	$ 21.279.800,00
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	08	2020		JUNIO
	AL	30	08	2020	04	JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1). APORTAR Y CARGAR EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DEL SECOP II, PARA CONOCIMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA Y 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 DENTRO DE LOS 03 DÍAS SIGUIENTES A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CARGARLA EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DEL SECOP II PARA SU POSTERIOR APROBACIÓN POR LA SUPERINTENDENCIA	EN EL MES DE AGOSTO SE TRABAJÓ EN AVANCES CON EL MUNICIPIO DE FONSECA SOLICITANDO CRUCE DE FONVIVIENDA DE 110 OCUPANTES A LA VEZ SE SOLICITARON 10 FOLIOS DE MATRICULA LOS CUALES YA FUERON REVISADOS, SE DEFINO VISITAS AL MUNICIPIO DE FONSECA PARA INICIAR CON EL TRABAJO DE TITULACIÓN.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4). 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. 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 DEL PAGO MENSUAL DE 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 DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS APROBADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE Y CARGAR LAS EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LA PLATAFORMA SECOP II. 7). SIN PERJUICIO DE LA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA, ATENDER LAS INSTRUCCIONES Y LINEAMIENTOS QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO SE LE IMPARTAN POR PARTE DE QUIEN SEA DESIGNADO COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO. 8). REMITIR EL SOPORTE DE LA AFILIACIÓN A AL A.R.L A LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DENTRO DE LOS 03 DÍAS SIGUIENTES A LA FIRMA DEL CONTRATO POR LA PLATAFORMA SECOP II. 9). OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN LAS DISTINTAS ETAPAS CONTRACTUALES, EVITANDO DILACIONES Y TRABAS. 10). CORREGIR DE FORMA INMEDIATA CUALQUIER FALLA O ERROR QUE SE COMETA EN LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. 11). DISPONER LO NECESARIO PARA QUE EL OBJETO DEL CONTRATO SE CUMPLA A CABALIDAD. 12). NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY, CON EL FIN DE OBLIGARLO A HACER U OMITIR ALGÚN ACTO O HECHO, INFORMANDO INMEDIATAMENTE A LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y DEMÁS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO SE PRESENTEN TALES CIRCUNSTANCIAS. 13). CUMPLIR CON LOS DEMÁS DEBERES A SU CARGO QUE SE DERIVEN DE LA NATURALEZA DEL CONTRATO.14). SUBIR A LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL DEL SECOP II LOS INFORMES MENSUALES DENTRO DE LOS CINCO (05) DÍAS SIGUIENTES A LA APROBACIÓN DE LOS MISMOS. 14). QUEDA PROHIBIDO PRESTAR EL SERVICIO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ Y/O BAJO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	SE REALIZÓ REUNIÓN VÍA MICROSOFT TEAMS CON LA DOCTORA MARTHA LUCIA RESTREPO Y LA DOCTORA LINA BEDOYA SOCIALIZANDO LOS AVANCES REALIZADOS EN LOS MUNICIPIOS A TRABAJAR. PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIÓN "NUESTRA TIERRA PRÓSPERA USAID" REUNIÓN VÍA TEAMS CON LA DOC. CARMEN FRIAS ARISMENDY, REGISTRADORA DE LA ORIP RIOHACHA Y GRUPO DE FORMALIZACIÓN DONDE ESTABLECIÓ ENLACE CON LA ALCALDÍA DE URIBIA PARA INICIAR PROCESO DE FORMALIZACIÓN. REUNIÓN CON ENCARGADO DEL PROCESO DE TITULACIÓN DEL MUNICIPIO DE URIBIA, ADALBERTO VILLALOBO Y LA DOC. CARMEN FRIAS ARISMENDY EN LA ORIP DE RIOHACHA.

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

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años La guarda de la fe pública — El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	Versión: 04
	Fecha: 09 / 01 / 2019

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 **SHARON ROSANNA BONILLA CUJIA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **40.937.596** de **RIOHACHA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **376** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.
del CRP No. **131520** CDP No **56520**

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

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

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

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	08	2020	**PAGO No.**	AGOSTO
	AL	30	08	2020	**04**	AGOSTO

Para constancia se firma en **RIOHACHA** a los **08** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor (01 AL 05 DE JULIO)
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

CONTRATISTA

Firma Contratista
SHARON ROSANNA BONILLA CUJIA
Cedula de Ciudadania No 40937596 DE RIOHACHA

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 Triburtaria. **Artículo 340.** ***Ingresos de las rentas no laborales.*** "Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, serán ingresos de la cédula de rentas no laborales. En este caso, ningún ingreso por honorario podrá ser incluido en la cédula de rentas de trabajo", me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI___ NO_X__
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2019 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO_X__.
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO_X__
4. Dependiente Economico: SI___ NO__X_ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Publico, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantias SI___ NO_X__,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construccion (AFC) SI___ NO_X__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los _3___ días del mes de septiembre____ de 2020.

Atentamente,

Sharon Bonilla Cujia

Nombre y Firma

CC. 40.937.596

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40937596
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SHARON ROSANNA BONILLA CUTIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	CRA 17A NO 14E-15	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4351349601**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/08/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9991535251

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 229.600	$ 0	$ 229.600
SUBTOTALES:										**$ 229.600**	**$ 0**	**$ 229.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 179.400
SUBTOTALES:													**$ 179.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 179.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40937596	BONILLA CUJIA SHARON ROSANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.434.600				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.434.600	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 229.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.434.600	$ 179.400	$ 0	$ 179.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.434.600	40937596	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 416.500**