SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & 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: Dia 28 | Mes 09 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.047.513.874	DE	CARTAGENA				
TELEFONO DE CONTACTO	300-6163363	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	CLAU1611P@GMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	CLAUDIA.PINEDA@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	91297206716	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 654 DE Año 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 LEONARDO CUADRADO

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADOR ADMINISTRATIVO

CDP No. 64220 CRP No. 177720

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 19 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CARTAGENA

DEPARTAMENTO: BOLIVAR

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 18 | Mes 08 | Año 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 19 | Mes 05 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES | DIAS 20

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Dia 19 | Mes 8 | Año 2020

CDP No. 17220 CRP No. 64220

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Dia 3 | Mes 10 | Año 2020

MESES 2 | DIAS 13 | VALOR $ 2.607.750,00

VALOR A COBRAR: $ 695.400,00

COBRA CON FACTURA: NO — No de factura:

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.738.500,00

PERIODO DE PAGO

	Dia	Mes	Año				
DEL	01	09	2020	PAGO No. 05	No DÍAS 30	100%	MES A COBRAR: SEPTIEMBRE
AL	30	09	2020				SEPTIEMBRE

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

Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 cm	Superintendencia de Notariado y Registro Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121 Bogotá D.C. - Colombia http://www.supernotariado.gov.co
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	

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años	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

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	$ 140.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 4.600	ARP SURA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 254.900**	PLANILLA DE PAGO No.	9408994317

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **$ 7.823.250,00**

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01	VALOR DEL PAGO $ 695.400,00	$ 695.400,00	$ 7.127.850,00
PAGO 02	02	VALOR DEL PAGO $ 1.738.500,00	$ 2.433.900,00	$ 5.389.350,00
PAGO 03	03	VALOR DEL PAGO $ 1.738.500,00	$ 4.172.400,00	$ 3.650.850,00
PAGO 04	04	VALOR DEL PAGO $ 1.043.100,00	$ 5.215.500,00	$ 2.607.750,00
PAGO 05	05	VALOR DEL PAGO $ 695.400,00	$ 5.910.900,00	$ 1.912.350,00
PAGO 06	06	VALOR DEL PAGO $ 1.738.500,00	$ 7.649.400,00	$ 173.850,00
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	09	2020		SEPTIEMBRE
AL	30	09	2020	05	SEPTIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
Prestar con plena autonomia 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.	1.- deligenciar los formatos de toma de temperatura de entradas y salidas de funcionarios y contratistas 2.- supervisar que los protocolos de bioseguridad sean cumplidos dentro de la ORIP 3.- supervisar la limpieza y desinfeccion de baños y superficies 4.- realizar el protocolo de sesinfeccion y toma de temperatura de usuarios al momento de ingresar a la ORIP

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
adquiere para con la Superintendencia, las siguientes obligaciones generales: 1). Allegar a la Superintendencia de Notariado y Registro, en los plazos en los que se le determine, los documentos requeridos para el inicio del contrato. 2) Constituir la garantía única para su posterior aprobación por la Superintendencia dentro de los 03 tres días siguientes a la suscripción del contrato por la plataforma SECOP II.3) Acreditar encontrarse al día en la afiliación o pago de los respectivos aportes a la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), y una Administradora de Fondos de Pensiones (A.F.P.). 4) Para la suscripción del acta de inicio, el contratista deberá acreditar encontrase afiliado a una administradora de riesgos laborales (A.R.L); su afiliación se entenderá activa el día siguiente de dicha afiliación. 5) Suscribir conjuntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato y remitirla a la Dirección de Contratación de la SNR. 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, 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) Obrar 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 el objeto del contrato se cumpla a cabalidad. 11) 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. 12) Cumplir con los demás deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato. 13) Queda prohibido prestar el servicio en estado de embriaguez y/o bajo el consumo de sustancias psicoactivas.	1.- deligenciar los formatos de toma de temperatura de entradas y salidas de funcionarios y contratistas 2.- supervisar que los protocolos de bioseguridad sean cumplidos dentro de la ORIP 3.- supervisar la limpieza y desinfeccion de baños y superficies 4.- realizar el protocolo de sesinfeccion y toma de temperatura de usuarios al momento de ingresar a la ORIP

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 periodo, se deja constancia que el (la) contratista **CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.047.513.874** de **CARTAGENA** cumplió sastifactoriamente 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		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	09	2020	**PAGO No.**	**SEPTIEMBRE**
	AL	30	09	2020	**05**	**SEPTIEMBRE**

Para constancia se firma en **CARTAGENA** a los **28** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

28/9/2020

Firma Supervisor
GUSTAVO LEONARDO CUADRADO
COORDINADOR ADMINISTRATIVO

CONTRATISTA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047513874		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	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	741141351	9410054135		2020/09/16	2020/09/14	BANCOLOMBIA	0	$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900
1	CC	1047513874	PINEDA CLAUDIA																	230301	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0	No	$254,900
Total Afiliados(1)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047513874		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	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	741141351	9410054135		2020/09/16	2020/09/14	BANCOLOMBIA	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

2020/09/14 09:53 AM

CARTAGENA 28 DE septiembre

DOCTOR: GUSTAVO CUADRADO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

ORIP-CARTAGENA

CIUDAD

ASUNTO: INFORME DE ACTIVIDADES

ENVIO CORDIAL SALUDO ASI MISMO REMITO INFORME DE LA REALIZACION D ELAS ACTIVIDADES CUMPLIDAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2020

- Toma de temperatura de los funcionarios y contratistas al ingresar y salir de la entidad
- Diligenciar los formatos de toma de temperatura de funcionarios y contratistas
- Toma de temperatura de los usuarios al ingresar en la entidad
- Entregar de los implementos de bioseguridad
- Supervisar la desinfección y limpieza de los baños y las superficies de la ORIP

Atentamente

CLAUDIA REBECA PINEDA ARAUJO

1047513874

CONTRATISTA – BIOSEGURIDAD

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 _28_ días del mes de _Septiembre_ de 2020.

Atentamente,

Claudia Pineda.

Nombre y Firma

CC. 1047513874