SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública 60 Años — 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	Mes	Año
03	11	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	DIVANA YAILETH TELLO MENDOZA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.118.851.066	**DE**	RIOHACHA				
TELEFONO DE CONTACTO	300-2960144	**FIJO**		**EXT.**			
E-MAIL PERSONAL	diyateme@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	divana.tello@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	52600025601	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL

No		Año
371	DE	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 22.870.200,00

HONORARIO MENSUAL $ 2.433.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa como TECNICO ADMINISTRATIVO 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 RETREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION Y SANEAMIENTO

CDP No.	56520	**CRP No.**	120620
FECHA CDP	27/02/2020	**FECHA CRP**	6/03/2020

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
09	03	2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	RIOHACHA
DEPARTAMENTO	LA GUAJIRA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
15	12	2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
09	03	2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
9	7

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR $ 2.433.000,00

COBRA CON FACTURA — **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 2.433.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	10	2020	**PAGO No.**	**No DÍAS**	**MES A COBRAR**	
AL	30	10	2020	**08**	**30**	100%	**OCTUBRE**

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)	$	121.700	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	155.800	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	5.100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	282.600	PLANILLA DE PAGO No.	7767329643

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 22.870.200,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.784.200,00	$ 1.784.200,00	$ 21.086.000,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 4.217.200,00	$ 18.653.000,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 6.650.200,00	$ 16.220.000,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 9.083.200,00	$ 13.787.000,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 11.516.200,00	$ 11.354.000,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 13.949.200,00	$ 8.921.000,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 16.382.200,00	$ 6.488.000,00
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 18.815.200,00	$ 4.055.000,00
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	10	2020		OCTUBRE
	AL	30	10	2020	08	OCTUBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar los filtros de las bases de datos remitidas por los entes territoriales, entidades públicas y Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, ORIP en los aplicativos establecidos para tal fin.	1. Salida de campo y levantamientos topográficos en barrio EL PRADO del Distrito de Riohacha.
2. Diligenciar base de datos en la herramienta Ofhelia.	2. Salida de campo y levantamientos topográficos en barrio VILLA DE CAMPO ALEGRE del Distrito de Riohacha.
3. Apoyar el proceso de expedición de carencias registrales en el marco de los procesos de saneamiento y formalización de la propiedad.	3. Salida de campo y levantamientos topográficos en barrio MAJAYURA ETAPA II del Distrito de Riohacha.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4. Realizar visitas de campo a los municipios donde se constata la información catastral y física y a su vez se recopila documentación de beneficiarios. 5. Organización y validación de documentación, conformando un expediente por predio. 6. Revisión de respuesta de cruce de beneficiarios realizada por FONVIVIENDA. 7. Apoyar en el seguimiento a la documentación pendiente para la conformación de los expedientes de los predios a legalizar en cada uno de los municipios. 8. Atención y orientación a los beneficiarios que se presentan en las instalaciones de la oficina. 9. Las demás actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud del Supervisor.	4. Actualización de información y elaboración de base de datos de beneficiarios. 5. Envío de base de datos actualizadas para cruce. 6. Proyección de edictos de beneficiarios para revisión por parte de la Gobernación de la Guajira. 7. Proyección de notificaciones, constancia ejecutoria y renuncia de beneficiarios. 8. Proyección de Edicto de incorporación.

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 **DIVANA YAILETH TELLO MENDOZA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.118.851.066** de **RIOHACHA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **371** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **120620** CDP No **56520**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.433.000,00**

Valor en letras: **DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 282.600,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	10	2020	**PAGO No.**	**OCTUBRE**
	AL	30	10	2020	**08**	**OCTUBRE**

Para constancia se firma en **RIOHACHA** a los **03** días del mes de **NOVIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION Y SANEAMIENTO

CONTRATISTA

Firma Contratista
DIVANA YAILETH TELLO MENDOZA
Cedula de Ciudadania No
1.118.851.066 **DE** RIOHACHA

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_**X**__ NO___,
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 extracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los _**03**_días del mes de _**Noviembre**_de 2020.

Atentamente,



Nombre y Firma

CC. 1.118.851.066

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1118851066
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIVANA YAILETH TELLO MENDOZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOHACHA	DEPARTAMENTO:	GUAJIRA
DIRECCIÓN:	CALLE 11A # 9-92	TELÉFONO:	7281657
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de contabilidad, teneduría de libros,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7767329643**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		770700965

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 155.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 155.800	$ 0	$ 155.800
SUBTOTALES:										**$ 155.800**	**$ 0**	**$ 155.800**

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
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 121.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.700	$ 0	$ 0	$ 121.700
SUBTOTALES:													**$ 121.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 121.700**

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	$ 5.100	$ 5.100	$ 0	$ 0	$ 5.100
SUBTOTALES:									**$ 5.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |