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

30 | 06 | 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	52.805.606	**DE**	BOGOTA				
TELEFONO DE CONTACTO	314-3824148	**FIJO**	6591273	**EXT.**			
E-MAIL PERSONAL	albaluciaherchi@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	alba.hernandez@supernotariado.gov.co						
BANCO	DAVIVIENDA	**No DE CUENTA**	451800156908	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL

No		Año
624	DE	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 14.146.000,00

HONORARIO MENSUAL $ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO de apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las líneas de producción bajo los lineamientos del programa de gestión documental de la SNR. Para la recepción, alistamiento, organización, digitalización, tipificación, control de calidad y disposición en unidades de conservación de los documentos misionales en Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos. - ORIP BTA CENTRO.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No. 56820 **CRP No.** 163620

FECHA APROBACION POLIZA: Día 07 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTA
DEPARTAMENTO	CUNDINAMAMRCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 15 | Mes 12 | Año 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 11 | Mes 05 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 7 | DIAS 10

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 $ 1.929.000,00

VALOR TOTAL # DE DIAS $ 1.929.000,00

COBRA CON FACTURA: NO — **No de factura**

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	06	2020	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	30	06	2020	02	30	100%	JUNIO

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
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

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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$ 110.900	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$ 26.700	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 4.700	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 142.300	PLANILLA DE PAGO No.	42750972

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01	$ 1.286.000,00	$ 1.286.000,00	$ 12.860.000,00
PAGO 02	02	$ 1.929.000,00	$ 3.215.000,00	$ 10.931.000,00
PAGO 03			$ -	$ -
PAGO 04			$ -	$ -
PAGO 05			$ -	$ -
PAGO 06			$ -	$ -
PAGO 07			$ -	$ -
PAGO 08			$ -	$ -
PAGO 09			$ -	$ -
PAGO 10			$ -	$ -
PAGO 11			$ -	$ -
PAGO 12			$ -	$ -
PAGO 13			$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Dia	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	06	2020		JUNIO
AL	30	06	2020	02	JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 In. 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
EJECUCION: EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CONTENIDAS DE LA CLAUSULA PRIMERA EL CONTRATO ARRIBA MENCIONADO, EL CONTRATISTA PRESENTO EL INFORME MENSUAL CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CANCELAR, LAS CUALES SE RESUMEN A CONTINUACION: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO TECNICO LIDER PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA LAS LINEAS DE PRODUCCION CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ COORDINADORA ADMINISTRATIVA ORIP CENTRO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA ARRIBA MENCIONADO HA CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES CONTEMPLADAS EN EL OBJETO DEL CONTRATO DE LA REFERENCIA. EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, EMITO EL PRESENTE VISTO BUENO PARA QUE SE PROCEDA A EFECTUAR EL PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CONSISTENTE EN LA SUMA DE UN MILLON NOVECIENTOS VENTINUEVE MIL PESOS ($1.929,000).	- Recepción de documentos por parte de Linea de Produccion, llevando a cabo una supervisión de documento por documento- - Organización idónea de los documentos de la Oficina de Registro Zona Centro Bogotá en el respectivo casillero del abogado. - Alistar los turnos calificados en sus respectivas relaciones que están listo para anexar sus formularios. - Anexos de certificados de tradición y formularios de calificación a escrituras públicas, oficios, embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de los más relevantes. - Los días martes y jueves: usuarios que tienen inconvenientes con los documentos son remitidos a la recepción del Despacho y allí la persona encargada nos solicita el debido proceso para darle solución al caso.

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

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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (+[3]) 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

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 **ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **52.805.606** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **624** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **163620** CDP No **56820**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.929.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 142.300,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	06	2020	**PAGO No.**	**JUNIO**
	AL	30	06	2020	**02**	**JUNIO**

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **JUNIO** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA
Cedula de Ciudadania No
52.805.606 **DE** BOGOTA

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

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO No. 624 de 2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA
CEDULA DE CIUDADANIA: 52.805.606

PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
FECHA DE INICIO	11 DE MAYO DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN	15 DE DICIEMBRE DE 2020
PLAZO DE EJECUCIÓN	7 MESES Y DIEZ DIAS.
LUGAR DE EJECUCIÓN	OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS DE BOGOTÁ ZONA CENTRO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$14.146.000
VALOR MENSUAL	$ 1.929.000
FECHA DE APROBACIÓN DE LA POLIZA	07 DE MAYO DE 2020
FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA ARL	08 DE MAYO DE 2020
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	163620

El día Once (11) de Mayo de 2020 en la ciudad de Bogotá, D.C, se reunieron **CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ**, en su calidad de supervisor (a) del contrato **No. 624 de 2020** y, **ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA**, en su calidad de CONTRATISTA, con el fin de dar comienzo a las actividades pactadas en el objeto del **Contrato No. 624 de 2020**.

Objeto: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las líneas de producción bajo los lineamientos del programa de gestión documental de la SNR. Para la recepción, alistamiento, organización, digitalización, tipificación, control de calidad y disposición en unidades de conservación de los documentos misionales en oficinas de registro de instrumentos públicos. BTÁ CENTRO.

Se firma en Bogotá, D.C para los fines pertinentes el día Once (11) de Mayo de 2020.

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
Supervisor

ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA
Contratista
Cedula No. 52.805.606

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52805606	ALBA LUCÍA HERNANDEZ CHIPATECUA		Cll 151 No. 109 a 83 torre 1 apto 1402	6591273	albaluciaherchi@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	23/06/2020	42750972	$142.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	109.800	0		0		0	14	1.100	0	110.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	26.400	0	0	0	0	14	300	0	26.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.600				4.600	14	100	4.700			46	4.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	110.900
Pensión	1	26.400	26.700
Riesgos Laborales	1	4.600	4.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	140.800	142.300

42750972

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52805606	ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA		Cll 151 No. 109 a 83 torre 1 apto 1402	6591273	albaluciaherchi@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	I	23/06/2020	42750972	$142.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSION							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dep.Ubic.	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52805606	HERNANDEZ CHIPATECUA ALBA LUCIA	59	0			N																	231001	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS005	877.803	109.800	14-23	877.803	1	4.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 30 días del mes de Junio de 2020.

Atentamente,

Alba Lucia Hernandez chiparaca

Nombre y Firma

CC. 52.905.606