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. 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 29 | Mes 09 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA: ADRIANA MOSQUERA PERALTA

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 1.014.178.799 DE: BOGOTA

TELEFONO DE CONTACTO: 313-3864377 FIJO: EXT.:

E-MAIL PERSONAL: ADRIANAMOSQUERA77@GMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL: ADRIANA.MOSQUERA@SUPERNOTARIADO.GOV.CO

BANCO: COLOMBIA No DE CUENTA: 4661618456 C.A.: X C.C.:

CONTRATO ACTUAL No: 623 DE Año: 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 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 CEN.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.: 56820 CRP No.: 163520

FECHA CRP: 27/02/2020 FECHA CRP: 07/05/2020

FECHA APROBACION POLIZA (Dia / Mes / Año): 07 / 05 / 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO (Dia / Mes / Año): 15 / 12 / 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO (Dia / Mes / Año): 11 / 05 / 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 7 DIAS 4

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA (Dia / Mes / Año):

CDP No.: CRP No.:

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA (Dia / Mes / Año):

MESES: DIAS: VALOR:

VALOR A COBRAR: $ 1.929.000,00

COBRA CON FACTURA: No de factura:

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.929.000,00

PERIODO DE PAGO

DEL: 01 / 09 / 2020

AL: 30 / 09 / 2020

PAGO No.: 05 No DÍAS: 30 100%

MES A COBRAR: SEPTIEMBRE

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm

Carta 21,59 cm x 27.94 cm tamaño a 79%

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)	$	109.800	COMPENSAR EPS	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	140.500	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	254.900	PLANILLA DE PAGO No.	44944181

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.286.000,00	$ 1.286.000,00	$ 12.860.000,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 3.215.000,00	$ 10.931.000,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 5.144.000,00	$ 9.002.000,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 7.073.000,00	$ 7.073.000,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 9.002.000,00	$ 5.144.000,00
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		Dia	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

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

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 VEINTINUEVE MIL ($1.929.000)	- Recepción de documentos por parte de Línea de Producción, 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 dias 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 (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

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 **ADRIANA MOSQUERA PERALTA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.014.178.799** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **623** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **163520** 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: **$ 254.900,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Dia	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	09	2020	PAGO No.	SEPTIEMBRE
	AL	30	09	2020	05	SEPTIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **29** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

ADRIANA MOSQUERA PERALTA

Firma Contratista
ADRIANA MOSQUERA PERALTA
Cedula de Ciudadania No
1.014.178.799 DE BOGOTA

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

rtifica que **ADRIANA MOSQUERA PERALTA**, identificada con **CC** número **1014178799**, aportó por el empleado **ANA MOSQUERA PERALTA**, identificado(a) con **CC** número **1014178799** por concepto de aportes obligatorios al na General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **44944181** para el periodo de salud **2020-08** y ones **2020-08** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	PENSIONADO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	FSP	CORRECCION	SUS	CC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSION	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA		EXONERACION
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	59	0															0		30	$877.803	0,16000			$140.500	$0	$0	Agosto - 2020	44944181	29	N
EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$877.803	0,12500			$109.800	$0	$0	Agosto - 2020	44944181		N
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	860011153	59	0															0		30	$877.803	0,00522	1		$4.600	$0	$0	Agosto - 2020	44944181	29	N

El presente certificado se expide a los 29 dias del mes Septiembre de 2020

ste documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001

Icontec

Certificado Nº SI 006-1

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 29 días del mes de 09 de 2020.

Atentamente,

ADRIANA HOSQUERA
Nombre y Firma
CC. 1014178799