



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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

Día Mes Año
30 5 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRAN

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1.024.546.006

DE

BOGOTA

TELEFONO DE CONTACTO

312-4642598

FIJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

jennycarolinatrujillobeltran@gmail.com

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO

FALABELLA

No DE CUENTA

111040071871

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

487

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 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. Bogotá-sur

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS

CARGO DEL SUPERVISOR

Coordinador G. G. T. A Orip Zona Sur

CDP No.

64220

CRP No.

179220

FECHA CDP

9/05/2020

FECHA CRP

16/05/2020

FECHA APROBACION

POLIZA

Día Mes Año

18 05 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTA

DEPARTAMENTO

BOGOTA

FECHA / FINALIZACIÓN

CONTRATO

Día Mes Año

18 08 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año
18 05 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES DIAS

2 18

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

\$ 753.350,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 753.350,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

PERIODO DE PAGO

DEL 18 05 2020
AL 30 05 2020

PAGO No. No DIAS

01 13 43%

MES A COBRAR

MAYO

MAYO



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 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)	\$ 47.600	FAMISANAR CAFAM	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	\$ 11.500	PROTECCION	3%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 2.000	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 61.100	PLANILLA DE PAGO No.	9406569767

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 5.215.500	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01	VALOR DEL PAGO \$ 753.350,00	\$ 753.350,00	\$ 4.462.150,00
PAGO 02		VALOR DEL PAGO		
PAGO 03		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 04		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
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	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.
	18	05	2020		MAYO
	AL	30	05	2020	01
					MAYO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA adquiere para con la Superintendencia, las siguientes obligaciones generales: 1). Ejecutar el objeto contractual en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad de conformidad a los parámetros establecidos por la SNR. 2). Guardar la debida y completa reserva y confidencialidad sobre la información y los documentos de que tenga conocimiento o a los que tenga acceso en virtud del presente contrato.	Alistamiento de documentos ingresados a línea de producción. Digitalización de los documentos ingresados a la línea de producción. Armado de documentos ingresados a línea de producción. Calidad de los documentos ingresados a la línea de producción



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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>3). Comunicar a la SNR, dentro del día hábiles siguiente a su ocurrencia, la existencia de causal de incompatibilidad o inhabilidad sobreviniente.</p> <p>4). Ejecutar el objeto contractual en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad de conformidad a los parámetros establecidos por la SNR.</p> <p>5). Sin perjuicio de la autonomía técnica y administrativa, atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato se le imparta por parte de la SNR.</p> <p>6). Actuar de buena fe y con lealtad, en las diferentes etapas precontractuales y contractuales.</p> <p>7). Allegar a la SNR en los plazos establecidos, los documentos requeridos para la Constituir Unica iniciación cumplida del contrato.</p> <p>8). la electrónico:supervisiones@supernotariado.gov.co para su revisión y posterior aprobación por la SUPERINTENDENCIA.</p> <p>9). Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S), a una Administradora 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, durante todo el tiempo de ejecución del contrato y acreditar estar a paz y salvo y actualizado cada vez que se lo requiera la SNR, por cuanto es un requisito previo para los pagos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.</p> <p>10). Acatar o responder por las indicaciones o requerimientos que haga el Supervisor del contrato para el cumplimiento de las obligaciones a su cargo. 11). Suscribir juntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. 12). Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.</p> <p>13). Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del objeto contractual.</p> <p>14). 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 de informe de supervisión de cumplimiento de contrato de prestación de servicios, solicitud y autorización de pago, informe mensual de actividades por escrito, aprobado por el supervisor del contrato.</p> <p>15). Enviar a la Dirección de Contratación, al correo electrónico: supervisiones@supernotariado.gov.co, los informes mensuales dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación de este, dando cumplimiento a lo previsto en la Circular No. 3095 del 10 de Julio de 2019.</p> <p>16). Las demás contempladas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993 y las que se deriven directamente del objeto contractual.</p> <p>17). Disponer lo necesario para que el objeto del contrato se cumpla a cabalidad.</p>	

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 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 **JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRAN** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.024.546.006** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **487** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **179220** CDP No **64220**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **753.350,00**

Valor en letras:

**SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00
CTVOS M/CTE**

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

	Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	18	05	2020	PAGO No. MAYO
	AL	30	05	2020	01 MAYO

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

SUPERVISOR

Firma Supervisor

PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS
Coordinador G. G. T. A Orip Zona Sur

CONTRATISTA

Firma Contratista

JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRAN
Cedula de Ciudadanía No
1.024.546.006 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

 SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>La garantía de lo público</small>	 MINJUSTICIA	 El futuro es de todos Gobierno de Colombia	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
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 Tributaria. **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 ☒
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 ☒.
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI ☐ NO ☒
4. Dependiente Economico: SI ☐ NO ☒ (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 ☒.
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI ☐ NO ☒, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI ☐ NO ☒, adjuntar extracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de Mayo, de 2020.

Atentamente,

Fenny Carolina Trujillo

Nombre y Firma

CC. 1024546006



aportes
en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
C.C. 024546006		TRUJILLO BELTRAN JENNY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 B # 1-103	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5900138	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
C	Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla					
2020-05	2020-05	35851905	9406569767		1	2020/06/02	2020/05/28	BANCO DE OCCIDENTE	\$61,100
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500
PROTECCION		230201	800,229,739	0	1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$2,000	\$0	\$0	\$2,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$2,000	\$0	\$0	\$2,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$47,600	\$0	\$0	\$47,600
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	1	\$47,600	\$0	\$0	\$47,600
TOTAL					1	\$61,100	\$0	\$0	\$61,100