

**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
14 12 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 **5/07/2020**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD **BOGOTA**

DEPARTAMENTO **CUNDINAMARCA**

FECHA APROBACION POLIZA
Día Mes Año
07 05 2020

FECHA / FINALIZACIÓN
CONTRATO
Día Mes Año
15 12 2020

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

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
MESES DIAS
7

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 **\$ 964.500,00**

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 964.500,00

PERIODO DE PAGO

DEL Día Mes Año
01 12 2020

AL Día Mes Año
15 12 2020

PAGO No. **08** No DÍAS **15** 50%

COBRA CON FACTURA

No de factura

MES A COBRAR

DICIEMBRE

DICIEMBRE

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

Página 1

**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 COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	46873419

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 14.146.000,00	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 \$ 1.929.000,00	\$ 10.931.000,00	\$ 3.215.000,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 12.860.000,00	\$ 1.286.000,00
PAGO 08	VALOR DEL PAGO \$ 964.500,00	\$ 13.824.500,00	\$ 321.500,00
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	12	2020		DICIEMBRE
	AL 15	12	2020	08	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

Página

2

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>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:</p> <p>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</p> <p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 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.

**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 **ADRIANA MOSQUERA PERALTA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.014.178.799** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente 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 : \$ **964.500,00**

Valor en letras:

NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS 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

PERIODO DE PAGO	DEL	Día Mes Año		
		01	12	2020
	AL	15	12	2020

PAGO No.

DICIEMBRE

08

DICIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **14** días del mes de **DICIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

ADRIANA MOSQUERA PERALTA

Cedula de Ciudadania No

1.014.178.799 DE BOGOTA

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

Página

4

			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_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 Construcción (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 14 días del mes de diciembre de 2020.

			<p>Código FG-CP-PR-07-FR-02</p> <p>Versión 02</p> <p>Fecha 02/02/2018</p>
<p align="center">FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020</p>			

Atentamente,

ADRIANA ROSA BELACIA

Nombre y Firma

CC. 1014178799

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014178799	ADRIANA MOSQUERA PERALTA		calle 44 sur 79a 22	2935588	adrianamosquera77@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	14/12/2020	46873419	\$254.900

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	0	0	4.600			46	4.600	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	1
ICBF				
0	0	0	0	1
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	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014178799	ADRIANA MOSQUERA PERALTA		calle 44 sur 79a 22	2935588	adrianamosquera77@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	14/12/2020	46873419	\$254.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Extemporaneo	Cotiz. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEI	SEI	SEI	VAC	AVP	VCT	RL	CONSEJO	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	
1	CC	1014178799	MOSQUERA PERALTA ADRIANA	59	0		N																		25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-23	877.803	1	4.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA