


**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
15 12 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA **JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRÁN**

CEDULA DE CIUDADANIA No. **1.024.546.006** DE **BOGOTA**

TELEFONO DE CONTACTO **312-464-2598** FIJO EXT.

E-MAIL PERSONAL **jennicarolinatrujillobeltran@gmail.com**

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO **FALLABELA** No DE CUENTA **111040071871** C.A. **X** C.C.

CONTRATO ACTUAL VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ **3.303.150,00**

No **795** DE Año **2020** HONORARIO MENSUAL \$ **1.738.500,00**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL de apoyo de gestión para desarrollar de las actividades relacionadas con la implementación, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad 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. **779620** CRP No. **77720**

FECHA CDP **7/10/2020** FECHA CRP **22/10/2020**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD **BOGOTA**

DEPARTAMENTO **BOGOTA**

FECHA APROBACION POLIZA Día Mes Año
23 10 2020

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO Día Mes Año
15 12 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO Día Mes Año
26 10 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

\$ **869.250,00**
VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ **869.250,00**
PERIODO DE PAGO

DEL Día Mes Año
01 12 2020

AL Día Mes Año
15 12 2020

PAGO No. No DIAS **DICIEMBRE**

03 15 50% DICIEMBRE

COBRA CON FACTURA
No de factura
MES A COBRAR



**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	FAMISANAR CAFAM	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	\$ 140.500	PROTECCION	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No. 9412941000	

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 3.303.150	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01	VALOR DEL PAGO \$ 289.750,00	\$ 289.750,00	\$ 3.013.400,00
PAGO 02	02	VALOR DEL PAGO \$ 1.738.500,00	\$ 2.028.250,00	\$ 1.274.900,00
PAGO 03	03	VALOR DEL PAGO \$ 869.250,00	\$ 2.897.500,00	\$ 405.650,00
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	\$ -	\$ -

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	12	2020	PAGO No.	DICIEMBRE
	AL	15	12	2020	03	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1) Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfección de los espacios de uso público y lugares de trabajo, de acuerdo al lugar de ejecución, impartidas por la Dirección de Talento Humano, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19. 2) Tomar o verificar según se requiera, la toma de la temperatura de los funcionarios y contratistas y usuarios previo al ingreso a las instalaciones de las ORIP y demás dependencias de la	1) soportes de entrega de elementos de bioseguridad a funcionarios de la entidad. 2) soportes físicos y por correo de los formatos de toma de temperatura a funcionarios, usuarios y contratistas de la entidad

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>1) Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfección de los espacios de uso público y lugares de trabajo, de acuerdo al lugar de ejecución, impartidas por la Dirección de Talento Humano, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19. 2) Tomar o verificar según se requiera, la toma de la temperatura de los funcionarios y contratistas y usuarios previo al ingreso a las instalaciones de las ORIP y demás dependencias de la entidad y llevar un registro de los datos arrojados en la toma, en caso de que el resultado sea de 38 grados o superior, no permitirá su ingreso y deberá reportarlo a la Dirección de Talento Humano para que tome las medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad COVID 19. 3) Revisar que la persona al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tenga debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo, negar su ingreso y llenar encuesta o realizar las preguntas que se requieran. 4) Requerir al funcionario, contratista o usuario que vaya a ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol. 5) Solicitarle a la persona que ingresa a la entidad, en los casos en que haya lavamanos, que haga el debido lavado de manos con agua y jabón por mínimo 20 segundos. 6) Preguntar a la persona que ingresa si presenta síntomas de tos seca, problemas respiratorios o relacionados, en caso positivo, si es funcionario o contratista notificarlo inmediatamente al área de Seguridad y Salud en el Trabajo, si es usuario restringir la entrada. 7) Apoyarse de la Dirección de Talento Humano para tomar decisiones relacionadas con la aplicación del protocolo de bioseguridad COVID 19, que le haya sido asignado como cumplimiento del objeto contractual. 8) Verificar que el respeto en la distancia de dos metros entre los usuarios que adelanten actividades en las instalaciones de la entidad; así como en los casos en que aplique, en los recintos en que se encuentran los funcionarios ejecutando su labor. 9) Asegurar que el ingreso escalonado para asegurar la distancia de dos metros entre cada persona. 10) Dar a conocer al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado. 11) Cumplir a cabalidad el presente protocolo de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento. 12) Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes. 13) Reportar al Registrador o al Jefe de dependencia, con oportunidad y de preferencia en forma anticipada, las bajas existencias, agotamiento o inexistencia de los elementos dados para ejecutar las actividades relacionadas con el objeto contractual e informar a la Dirección de Talento Humano para que resuelva esta situación a la brevedad. 14) Reportar en forma inmediata a los vigilantes cualquier novedad que se presente en la toma y aplicación de las medidas de bioseguridad que le impidan su ejecución y en alguna forma altere la tranquilidad en las instalaciones de la entidad. 15) Diligenciar los formularios de implementación, seguimiento e implementación del protocolo de bioseguridad, para remitir a las dependencias que se requieran. 16) Las demás que le sean asignadas por el supervisor, que tengan relación con el</p>	

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 periodo, se deja constancia que el (la) contratista **JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRÁN** 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 **795** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **77720** CDP No **779620**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **869.250,00**

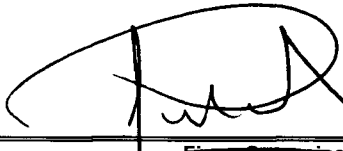
Valor en letras: **OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE**

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

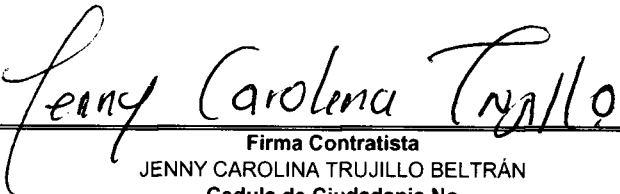
		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	12	2020	PAGO No.	DICIEMBRE
	AL	15	12	2020	03	DICIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **15** días del mes de **DICIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR


Firma Supervisor
PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS
Codrinador G. G. T. A Orip Zona Sur

CONTRATISTA


Firma Contratista
JENNY CAROLINA TRUJILLO BELTRÁN
Cedula de Ciudadania No
1.024.546.006 DE BOGOTA

 SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años La guarda de la ley pública	 MINISTERIO DE JUSTICIA	 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_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 15 días del mes de Diciembre de 2020.

Atentamente,



Nombre y Firma

CC.1.010.218.422



Superintendencia de Notariado y Registro
 Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21
 Bogotá D.C. – Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF	No
CC 1024546006		TRUJILLO BELTRAN JENNY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 B # 1 -103	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5900138		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	65953517	9412941000	1	2020/12/02	2020/12/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$254,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
PROTECCION	230201	800.229.739	0	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860.011,153	6	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
FAMISANAR	EPS017	830.003,564	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
TOTAL				1	\$254,900	\$0	\$0	\$254,900	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No				
CC 1024546006		TRUJILLO BELTRAN JENNY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 B # 1-103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5900138						

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha		Banco	Pago	Dias Mora	Valor		
						Limite	Pago						
2020-11		65953517		9412941000	1	2020/12/02	2020/12/14	BANCO DE OCCIDENTE		0	\$254,900		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$977,803				\$977,803				\$109,800				\$0			\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$977,803				\$977,803				\$109,800				\$0			\$0		
Ciudad: BOGOTA Dpto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$877,803				\$877,803				\$109,800				\$0			\$0		
1	CC	1024546006	TRUJILLO JENNY	20201	30	\$877,803				\$877,803				\$109,800		0		\$0		14-23	30	\$877,803	
Total Afiliados(1)						\$877,803				\$877,803				\$109,800				\$0			\$0		



SINTEL

UTC -5 11:35:46

jenny carolina tr...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda (?)

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

8 Modificaciones del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI No

9 Incumplimientos

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
ACTA DE INICIO.jpg	ACTA DE INICIO.jpg	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ CUENTA OCTUBRE 2020—795.PDF	CUENTA OCTUBRE 2020—795.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CAROLINA CUENTA NOVIEMBRE.PDF	CAROLINA CUENTA NOVIEMBRE.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CAROLINA CUENTA DICIEMBRE.PDF	CAROLINA CUENTA DICIEMBRE.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA MAYO 2020.xlsx	TEMPERATURA MAYO 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA JUNIO 2020.xlsx	TEMPERATURA JUNIO 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA JULIO 2020.xlsx	TEMPERATURA JULIO 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA AGOSTO 2020.xlsx	TEMPERATURA AGOSTO 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA SEPTIEMBRE.xlsx	TEMPERATURA SEPTIEMBRE.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA OCTUBRE 2020.xlsx	TEMPERATURA OCTUBRE 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA NOVIEMBRE 2020.xlsx	TEMPERATURA NOVIEMBRE 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ TEMPERATURA DICIEMBRE 2020.xlsx	TEMPERATURA DICIEMBRE 2020.xlsx	Proveedor	Descargar	Detalle	

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >