Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01	
Versión: 04	S. Minimo 828.116
Fecha:	09 / 01 / 2019

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 1 | Mes 2 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA: CAROLINA ARIAS MAYA

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 24.338.005 DE: MANIZALES

TELEFONO DE CONTACTO: 322-6060224 FIJO: 0 EXT.:

E-MAIL PERSONAL: cararimay@hotmail.com

E-MAIL INSTITUCIONAL:

BANCO: AV VILLAS No DE CUENTA: 314766754 C.A.: X C.C.:

CONTRATO ACTUAL

No: 1238 DE Año: 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.488.900,00

HONORARIO MENSUAL: $ 1.791.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: desarrollar actividades relacionadas con la implememtacion, seguimiento y monitoreo de los protocolos de

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: FLOR INIRIDA RODRIGUEZ SANCHEZ

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA/SUPERVISOR

CDP No.: 11921 CRP No.: 11921

FECHA CDP: 2/01/2021 FECHA CRP: 2/01/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 31 | Mes 12 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: ARMENIA

DEPARTAMENTO: QUINDIO

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 31 | Mes 03 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 05 | Mes 01 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 2 DIAS 26

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

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

ADICION Y/O PRORROGA: CDP No. | CRP No. | MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.791.000,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 1.791.000,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

PERIODO DE PAGO: DEL Dia 01 | Mes 01 | Año 2021 PAGO No. 01 No DÍAS 28 93% MES A COBRAR: FEBRERO

AL 28 | 01 | 2021

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS Pagina 1

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%

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

Fecha 02/03/2021 11:17:40 a.m.
Folios 6 Anexos 0
28022021EE01218
Origen MIREYA ARIZA ALARCON [USUARIO]
Destino SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
Asunto CUENTA DE COBRO DE CAROLINA ARIAS

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	
	Fecha: 09 / 01 / 2019	

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$	109.800	~~SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD~~	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	140.500	~~SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA~~	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	254.900	PLANILLA DE PAGO No.	8609507860

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 5.488.900,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.552.200,00	$ 1.552.200,00	$ 3.936.700,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00	$ 1.791.000,00	$ 2.145.700,00
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	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	02	2021		FEBRERO
AL	28	01	2021	01	FEBRERO

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 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	llevar registro de temperatura tanto de funcionario, contratista de la ORIP y de los usuarios. Verificar que los funcionarios reciba los elementos de Bioseguridad covid 19 llenar panillas de usuarios (con nombre, cedula, telefono, hora de entrada y temperatura))mantener las ventanillas de atencion al usuario con gel antibaterial, controlar el uso adecuado del tapabocas y distanciamiento a funcionarios, contratistas y usuarios.

	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	Versión: 04
	Fecha: 09 / 01 / 2019

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION

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 **CAROLINA ARIAS MAYA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **24.338.005** de **MANIZALES** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1238** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **11921** CDP No **11921**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.791.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON SEICIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE**

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

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	01	2021	**PAGO No.**	**FEBRERO**
	AL	28	01	2021	**01**	**FEBRERO**

Para constancia se firma en **ARMENIA** a los **1** días del mes de **FEBRERO** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
FLOR INIRIDA RODRIGUEZ SANCHEZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA/SUPERVISOR

CONTRATISTA

Firma Contratista
CAROLINA ARIAS MAYA
Cedula de Ciudadania No
24.338.005 **DE** MANIZALES

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LOS DÍAS 01 AL 28 DE FEBRERO 2021

De acuerdo con las obligaciones del contrato se realizan las labores de bioseguridad Covid-19 para el personal de la ORIP Armenia tanto a contratistas y usuarios.

Se realiza la toma de temperatura, a los funcionarios, contratistas y usuarios

Se realiza planilla diaria de los funcionarios y usuarios (nombre, cedula, teléfono, temperatura y hora de entrada)

Se hace entrega de los implementos de bioseguridad a los funcionarios de la ORIP Armenia.

Se controla el uso de tapabocas, se aplica gel antibacterial a funcionario y usuarios.

Se verifica que cada casilla tenga disposición del usuario el Gel antibacterial.

Se verifica el cumplimiento de distanciamiento social en los usuarios.

Se informa al personal el lavado de manos cada dos horas.

- Se anexa planilla de pago de afiliación a la entidad promotora de salud (EPS) administradora de fondos de pensión (PORVENIR) y administradora de riesgos laborales (ARL) además se adjunta su respectivo recibo de pago.

- SE presentan los respectivos reportes que reflejan el cumplimiento del trabajo diario, por parte de la oficina de registro.

CAROLINA ARIAS MAYA

24.338.005 Manizalez

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

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 Económico: SI___ NO_X_ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, 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 Cesantías SI___ NO_X_,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_X_X_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Crédito de Vivienda SI___ NO _X_, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los _02_ dias del mes de _febrero_ de 2021

Atentamente,

NOMBRE Carolina Arias Maya

CC. 24338005

ASOPAGOS s.a.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 24338005	0	CAROLINA ARIAS MAYA	I	1	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	9700	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	ALCAZAR DEL CAFE MZ D CS 204		3226060224			CARARIMAY@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-01	2021-01	8611656764	I	2021-02-08	TODOS LOS CENTROS	QUINDIO	ARMENIA	263.800	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8609507860	2021-02-08	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub.	Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 24338005	ARIAS MAYA CAROLINA	908.526																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	908.526	145.400	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	908.526	113.600	SIN CCF-SINCCF	0	0	908.526	4.800	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	263.800	N

ASOPAGOS s.a.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 24338005	0	CAROLINA ARIAS MAYA	I	1	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	9700	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	ALCAZAR DEL CAFE MZ D CS 204		3226060224			CARARIMAY@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-01	2021-01	8611656764	I	2021-02-08	TODOS LOS CENTROS	QUINDIO	ARMENIA	263.800	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8609507860	2021-02-08	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
908.526	908.526	908.526	0	0

RESUMEN DE PAGO

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	145.400	0	0	145.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	145.400	0	0	145.400
EPS(Administradoras: 1)				1	113.600	0	0	113.600
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	113.600	0	0	113.600
ARP(Administradoras: 1)				1	4.800	0	0	4.800
Gran Total					259.000	0	0	259.000

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	4.800	0	0	4.800
Gran Total					263.800	0	0	263.800

PAGADO