



SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La guarda de la fe pública



MINJUSTICIA



TODOS POR UN
NUEVO PAIS
PAZ EQUIDAD EDUCACION

Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01

Versión: 02

Fecha: 10 / 01 / 2019

**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

27 10 2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ

CEDULA DE CIUDADANIA No.

43.264.788

DE

MEDELLIN

TELEFONOS DE CONTACTO

318-2217925

FIJO

3851000

EXT.

2271

E-MAIL PERSONAL

adriana.arango99@hotmail.com

E-MAIL INSTITUCIONAL

adriana.arango@supernotariado.gov.co

BANCO

BOGOTA

No DE CUENTA

534097407

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL No

68

DE

2019

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 16.250.770,00

PAGO MENSUAL

\$ 1.853.700,00

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

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.

53119

CRP No.

399219

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

MEDELLIN

DEPARTAMENTO

ANTIOQUIA

PLAZO DE EJECUCION

Día Mes Año

03 08 2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

04 02 2019

MESES Y DIAS DE
EJECUCION DEL
CONTRATO

MESES

DIAS

6

FECHA APROBACION POLIZA

Día Mes Año

29 01 2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año

4 8 2019

TIEMPO

VALOR

02 MESES Y 23 DIAS

\$ 5.128.570,00

VALOR A PAGAR

\$ 1.668.330,00

FACTURA

Si

No

No de factura

X

PERIODO DE PAGO

DEL

Día Mes Año

01 10 2019

AL

Día Mes Año

27 10 2019

PAGO No.

OCTUBRE

10

OCTUBRE

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para
ajustar
documento

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 80%

Enc.

0.8 cm

P. de pag.

0.8 cm

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (13282121
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

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

Señor contratista tenga en cuenta que es su obligación afiliarse a la protección de la seguridad y la salud.

PLANILLA DE PAGO No.		SALUD	PENSION	ARL	MES
1.	1024045569	(12,5%)	(16%)		
2.	1024045569	\$ 103.600	\$ 132.500	\$ 4.400	SEPTIEMBRE

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 16.250.770,00		VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No. ↓	1	VALOR DEL PAGO	\$ 1.606.540,00	\$ 1.606.540,00	\$ 14.644.230,00
PAGO No. ↓	2	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 3.460.240,00	\$ 12.790.530,00
PAGO No. ↓	3	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 5.313.940,00	\$ 10.936.830,00
PAGO No. ↓	4	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 7.167.640,00	\$ 9.083.130,00
PAGO No. ↓	5	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 9.021.340,00	\$ 7.229.430,00
PAGO No. ↓	6	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 10.875.040,00	\$ 5.375.730,00
PAGO No. ↓	7	VALOR DEL PAGO	\$ 185.370,00	\$ 11.060.410,00	\$ 5.190.360,00
PAGO No. ↓	8	VALOR DEL PAGO	\$ 1.668.330,00	\$ 12.728.740,00	\$ 3.522.030,00
PAGO No. ↓	9	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 14.582.440,00	\$ 1.668.330,00
PAGO No. ↓	10	VALOR DEL PAGO	\$ 1.668.330,00	\$ 16.250.770,00	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	10	2019	PAGO No.	OCTUBRE
	AL	27	10	2019	10	OCTUBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>A. Proceso en línea de producción del SGD.</p> <p>B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR.</p> <p>C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes.</p> <p>D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS</p> <p>E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno.</p> <p>F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP</p> <p>G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes.</p>	<p>A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados.</p> <p>B. Se procedió a prestar apoyo en el área de alistamiento en 866 documentos de 8193.</p> <p>C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 8193 de un total de 8193</p>



Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para ajustar documento	Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 cm tamaño a 80%
	Izq.	0.8 cm	Derecha	0.8 cm	
	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**

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
	D. El número de carpetas diligenciadas durante el periodo fue de 8193 de un total de 8193.

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 o (la) contratista **ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ** identificada (o) con cedula de ciudadanía No **43.264.788** de **MEDELLIN** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **68** de **2019** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

La o (el) contratista cumplió con las operaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la ley 789 de 2002 modificada por la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012.

Se autoriza el pago por la suma de: \$ **1.668.330,00**

del CRP No. **399219** CDP No **53119**

Valor en letras: **UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	10	2019	PAGO No.	OCTUBRE
	AL	27	10	2019	10	OCTUBRE

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **27** días del mes de **OCTUBRE** de **2019**

SUPERVISOR

OFICINA DE REGISTRO DE T.P.P.
COORDINACIÓN TÉCNICA
Paula Valencia

Firma Supervisor

PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Adriana A.

Firma Contratista

ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ
Cedula de Ciudadania No
43.264.788 DE MEDELLIN

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-10-17, 08:31:47 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1024045569 Referencia pago(PIN) 8899043090
Periodo Cotización 201909 Periodo Servicio 201909
Cliente:

PAGADA 2019-10-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ				
Documento	CC 43264788	Dirección		CRA 47 95A 14	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono		3182217925	
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación		ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	MEDELLIN	Departamento		ANTIOQUIA	
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 43264788		Residente	Exonerado	N		Apellidos y Nombres		Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59		00		ARANGO GONZALEZ ADRIANA MARIA				5001000 - 05		ANTIOQUIA

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Exempto		Integral		Salario		Pensión										Salud										Riesgos										Caja					Parafiscables				
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARV	Días CCF			Código AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte EPS	Código EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SEVA	Aporte SEVA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF															
																0	30	30	0		\$ 828,116	25-14	16 %	\$ 828,116	\$ 132,500	\$ 0	\$ 0	EPS010	12,5 %	\$ 828,116	\$ 103,600	\$ 0	14-25	1	0,522 %	\$ 828,116	\$ 4,400	NN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0															

IV-TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
\$ 132.500	\$ 0	\$ 0	\$ 103.600	\$ 4.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 240.500

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>La guarda de lo público</small>	 MINJUSTICIA	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN</small>	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2019
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019			

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

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”, vigencia desde 01 de marzo del año 2017, 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 2017 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 E.T)
Adjunto Certificado expedida por Contador Público. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI ☐ NO ☒
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI ☐ NO ☒
7. Credito de Vivienda SI ☐ NO ☒

En constancia de lo anterior, se firma a los 25 del mes Octubre de 2019.

Atentamente, Adriana A.

Nombre Contratista 43 264 788

C.C

