

**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 07 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. ☒ C.C. ☐

CONTRATO ACTUAL No

68 DE **2019**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 11.122.200,00

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. **12419**

CRP No. **67919**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD **MEDELLIN**

DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA**

PLAZO DE EJECUCION

Día Mes Año

23 07 2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

04 02 2019

MESES Y DIAS DE
EJECUCIÓN DEL
CONTRATO

MESES

DIAS

5

28

FECHA APROBACION POLIZA

Día Mes Año

29 01 2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año

TIEMPO

VALOR

VALOR A PAGAR **\$ 1.853.700,00**

Si

No

No de factura

FACTURA

☒

☐

☐

PERIODO DE PAGO

DEL **01 07 2019**

AL **30 07 2019**

PAGO No.

JULIO

6

JULIO

Anexos

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

Formato para
ajustar
documento

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 80%

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

Pagina

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.	1021930277	(12,5%)	(16%)		
2.	1021930277	\$ 103.600	\$ 132.500	\$ 4.400	JUNIO

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 11.122.200,00		VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	VALOR DEL PAGO	\$ 1.606.540,00	\$ 1.606.540,00	\$ 9.515.660,00
PAGO No.	2	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 3.460.240,00	\$ 7.661.960,00
PAGO No.	3	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 5.313.940,00	\$ 5.808.260,00
PAGO No.	4	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 7.167.640,00	\$ 3.954.560,00
PAGO No.	5	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 9.021.340,00	\$ 2.100.860,00
PAGO No.	6	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 10.875.040,00	\$ 247.160,00
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	07	2019		6	JULIO
AL	30	07	2019			JULIO

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 6698.</p> <p>C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 866 de un total de 6698</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
	Izq.	0.8 cm	Derecha	0.8 cm	tamaño a 80%
	Enc.	0.8 cm	P. de pag.	0.8 cm	

Página 2

**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: \$ **1.853.700,00**

del CRP No. **67919** CDP No **12419**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	07	2019
AL	30	07	2019

PAGO No.

JULIO

7

JULIO

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **30** días del mes de **JULIO** de **2019**

SUPERVISOR

OFICINA DE REGISTRO DE T.F.P.

COORDINACIÓN TÉCNICO

ADMINISTRATIVO

Paula Valencia Muñoz

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

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		

Pagina

4

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>La guarda de la ley pública</small>	 MINISTERIO DE JUSTICIA	 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 30 del mes Julio de 2019.

Atentamente,

Nombre Adriana A.
Contratista C.C 43264788

Referencia pago(PIN) 8899043090

Cliente:

I. DATOS DEL APORTANTE

II. DATOS DEL AFILIADO

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

IV.TOTALESPágina 1 de 1

