SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
la guarda de la fe pública

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

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

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

## 1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 30 | Mes 06 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 24.717.734 | DE | LA DORADA | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 323-5991404 | FIJO | | EXT. | | | |
| E-MAIL PERSONAL | lkdeviaromero@hotmail.com | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | leydi.devia@supernotariado.gov.co | | | | | | |
| BANCO | CAJA SOCIAL | No DE CUENTA | 24054519691 | C.A. | X | C.C. | |

CONTRATO ACTUAL: No 431 DE Año 2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.961.000,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.987.000,00

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. | 78621 | CRP No. | 249921 |
| FECHA CRP | 30/04/2021 | FECHA CRP | 06/05/2021 |

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 06 | Mes 05 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 30 | Mes 07 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 06 | Mes 05 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 2 | DIAS 25

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

ADICION Y/O PRORROGA: CDP No. | CRP No.

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

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.987.000,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.987.000,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | | | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 06 | 2021 | PAGO No. | No DÍAS | | JUNIO |
| AL | 30 | 06 | 2021 | 02 | 30 | 100% | JUNIO |




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

# 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) | $ 113.600 | MEDIMAS EPS S.A. | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | $ 145.400 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | $ 4.800 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 263.800 | PLANILLA DE PAGO No. | 4393546806 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.961.000,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.655.833,00 | $ 1.655.833,00 | $ 4.305.167,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 1.987.000,00 | $ 3.642.833,00 | $ 2.318.167,00 |
| 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 | 06 | 2021 | | JUNIO |
| AL | 30 | 06 | 2021 | 02 | JUNIO |

## 3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| | |



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%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| 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:<br><br>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<br><br>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 OCHENTA Y SEIS MIL, OCHOSCIENTOS SETENTA PESOS ($1.987,000) | - Recepción de documentos por parte de Línea de Producción, llevando a cabo una supervisión de documento por documento-<br>- Organización idónea de los documentos de la Oficina de Registro Zona Centro Bogotá en el respectivo casillero del abogado.<br>- Alistar los turnos calificados en sus respectivas relaciones que están listo para anexar sus formularios.<br>- Anexos de certificados de tradición y formularios de calificación a escrituras públicas, oficios, embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de los más relevantes.<br>- 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.



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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% | |
| Enc. | 0.8 cm | P. de pag. | 0.8 cm | FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN | |

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

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
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 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 **LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **24.717.734** de **LA DORADA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **431** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **249921** CDP No **78621**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.987.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL PESOS CON 00 CTVOS**

| PERIODO DE PAGO | | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 01 | 06 | 2021 | | JUNIO |
| | AL | 30 | 06 | 2021 | 02 | JUNIO |

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **JUNIO** de **2021**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO
**Cedula de Ciudadania No**
24.717.734 **DE** LA DORADA



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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% | |
| Enc. | 0.8 cm | P. de pag. | 0.8 cm | FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN | |

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

## 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_ 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 30 días del mes de Junio de 2021.

Atentamente,

LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO
CC. 24.717.734

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 24717734 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO ... |
| CIUDAD/MUNICIPIO | LA DORADA | DEPARTAMENTO: | CALDAS |
| DIRECCIÓN: | CR 102 # 158-50 | TELÉFONO | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | 4393548806 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | 2021/06/28 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | 9995470457 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS044 | EPS044-MEDIMÁS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.800 | $ 0 | $ 0 | $ 113.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.800 | $ 0 | $ 0 | $ 113.800 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 24717734 | DEVIA ROMERO LEYDI KATHERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS044-MEDIMAS | 30 | $ 908.526 | $ 113.800 | $ 0 | $ 113.800 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 24717734 | $ 4.800 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada