SNR 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: Día 30 | Mes 08 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ARLEY ROJAS RAIGOSA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.026.151.397	DE	CALDAS				
TELEFONO DE CONTACTO	310-3896376	FIJO	3851000	EXT.	2249		
E-MAIL PERSONAL	arley717@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	arley.rojas@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	54173400911	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 517 DE Año 2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 11.922.000,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.987.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para prestar el apoyo a la gestión en el desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento de 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

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: NATALIA ANDREA VELEZ CASTRO

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA (E)

CDP No.	78921	CRP No.	269521
FECHA CRP	30/04/2021	FECHA CRP	14/05/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 14 | Mes 05 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MEDELLIN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 10 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 24 | Mes 05 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 5 | DIAS 6

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

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

ADICION Y/O PRORROGA

CDP No. | CRP No.

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				
DEL	01	08	2021	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR	
AL	30	08	2021	04	30	100%	AGOSTO

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 79%
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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	113.600	EPS SURA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	145.400	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	4.800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 263.800	PLANILLA DE PAGO No.	7804847822

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 11.922.000,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 463.633,00	$ 463.633,00	$ 11.458.367,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.987.000,00	$ 2.450.633,00	$ 9.471.367,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.987.000,00	$ 4.437.633,00	$ 7.484.367,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 1.987.000,00	$ 6.424.633,00	$ 5.497.367,00
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	08	2021		AGOSTO
AL	30	08	2021	04	AGOSTO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
A. Reliazar seguimiento diario de las cantidades de turnos de documentos procesados por los roles de revision de papel notarial, alistamiento. digitalizacion, calidad y demas procesos del SGD. B. Ejecutar la validacion de requisitos y condiciones fisicas del papel de seguridad de acuerdo con lo establecido en el manual de validacion de especificaciones tecnicas de seguridad de hojas notariales. C. Reportar novedades generadas por el recurso humano dispusto en la linea de produccion.	A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados. B. Se procedió a prestar apoyo en el área de alistamiento en 187 documentos de 3945. C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 186 de un total de 3945

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
D. Reportar las novedades Tecnicas y tecnologicas que afectan el desarrollo de las actividadesdel objeto del contrato. E. Coordinar el desempeño de la linea de produccion a traves de la administracion y gestion de la linea de produccion . F. Desempeñarse en todos los roles de alistamiento, digitalizacion, calidad, custodia, segunda digitalizacion, armado y dispocision fisica de documentos. G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes.	D. El número de carpetas diligenciadas durante el período fue de 186 de un total de 3945.

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 **ARLEY ROJAS RAIGOSA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.026.151.397** de **CALDAS** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **517** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **269521** CDP No **78921**

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	08	2021		AGOSTO
	AL	30	08	2021	04	AGOSTO

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **30** días del mes de **AGOSTO** de **2021**

SUPERVISOR

Natalia Velez Castro

Firma Supervisor
NATALIA ANDREA VELEZ CASTRO
COORDINADORA ADMINISTRATIVA (E)

CONTRATISTA

Arley Rojas R

Firma Contratista
ARLEY ROJAS RAIGOSA
Cedula de Ciudadania No
1.026.151.397 **DE** CALDAS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026151397
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARLEY ROJAS RAIGOSA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD BOLIVAR	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 49 # 145 SUR 52	TELÉFONO:	3851000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7804847822**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1097315768		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.800
SUBTOTAL:			1	**$ 4.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 263.800**

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 ___ días del mes de _____de 2021.

Atentamente,

NOMBRE Arley Rojas R

CC. 1026151397