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 09 | 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: GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 09 | 2021 | PAGO No. | No DÍAS | MES A COBRAR | |
| AL | 30 | 09 | 2021 | 05 | 30 (100%) | SEPTIEMBRE | SEPTIEMBRE |

# 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. | 7808036721 |

## 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 | $ 1.987.000,00 | $ 8.411.633,00 | $ 3.510.367,00 |
| 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 | 09 | 2021 | | SEPTIEMBRE |
| AL | 30 | 09 | 2021 | 05 | SEPTIEMBRE |

## 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.<br>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.<br>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.<br>B. Se procedió a prestar apoyo en el área de alistamiento en 187 documentos de 3945.<br>C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 186 de un total de 3945 |

# 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.<br>E. Coordinar el desempeño de la linea de produccion a traves de la administracion y gestion de la linea de produccion<br>F. Desempeñarse en todos los rotes de alistamiento, digitalizacion, calidad, custodia, segunda digitalizacion, armado y dispocision fisica de documentos.<br>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 periodo 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 | 09 | 2021 | | SEPTIEMBRE |
| | AL | 30 | 09 | 2021 | 05 | SEPTIEMBRE |

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

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

## CONTRATISTA

Arley Rojas Raigosa

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



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

# 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: | **7808036721** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/09/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1132663939 |

**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

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Articulo 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 Septiembre de 2021.

Atentamente,

NOMBRE Arley Rojas R

CC 1.026.151.397