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 28 | Mes 12 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	PATRICIA SOFIA ARCE PALACIO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	54.255.816	DE	QUIBDO CHOCO				
TELEFONO DE CONTACTO	310-3770614	FIJO	3851000	EXT.	2249		
E-MAIL PERSONAL	pasoarpa16@yahoo.es						
E-MAIL INSTITUCIONAL	pasoarpa16@yahoo.es						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	10597064626	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 1633 DE Año 2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 17.637.867,00

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. 118821 | CRP No. 600221

FECHA CRP 14/09/2021 | FECHA CRP 12/11/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 12 | Mes 11 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MEDELLIN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 07 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 16 | Mes 11 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 8 | DIAS 20

ADICION Y/O PRORROGA

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

CDP No. | CRP No.

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

VALOR A COBRAR: $ 728.566,67

COBRA CON FACTURA

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 728.566,67

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	20	12	2021				
AL	31	12	2021	03	11	37%	DICIEMBRE

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

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

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	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.	1040818270

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 17.637.867,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 993.500,00	$ 993.500,00	$ 16.644.367,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.258.433,33	$ 2.251.933,33	$ 15.385.933,67
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 728.566,67	$ 2.980.500,00	$ 14.657.367,00
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	20	12	2021		DICIEMBRE
AL	31	12	2021	03	DICIEMBRE

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

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

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

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 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 período, se deja constancia que el (la) contratista **PATRICIA SOFIA ARCE PALACIO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **54.255.816** de **QUIBDO CHOCO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1633** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **600221** CDP No **118821**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 728.566,67**

Valor en letras: **SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON 67 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	20	12	2021		DICIEMBRE
	AL	31	12	2021	03	DICIEMBRE

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **28** días del mes de **DICIEMBRE** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
PATRICIA SOFIA ARCE PALACIO
Cédula de Ciudadania No
54.255.816 **DE** QUIBDO CHOCO

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-03, 04:52:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040818270

Periodo Cotización: noviembre de 2021 **Periodo Servicio:** noviembre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 88044445 70

PAGADO 03/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PATRICIA SOFIA ARCE PALACIO		
Documento	CC54255816	**Dirección**	CRA 58 18 16
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2654484
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET F	VSP	TAE	TDP	TAP	VTE	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Dias ARP	Dias EPS	Dias ARP	Dias IGE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC-54255816	PATRICIA SOFIA ARCE PALACIO	52	00																	30	30	0	0	10-14 COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	EPS010 EPS SURA	$ 908.526	$ 113.600	0.522	$ 908.526	$ 4.800	06-NO CC: NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800	$ 0	$ 263.800

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 Diciembre de 2021.

Atentamente,

NOMBRE

cc. 54255816