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 02 | Mes 05 | Año YYYY

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	EDITH MARIELA GARCIA ROSERO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	36,752,607	DE	PASTO				
TELEFONO DE CONTACTO	318-4372595	FIJO	3168114223	EXT.			
E-MAIL PERSONAL	edmag79@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	45145203680	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	DE	Año	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	HONORARIOS MENSUALES
921	DE	2022	$ 22,512,600.00	$ 2,046,600.00

OBJETO DEL CONTRATO: CONCERTAR PREVIO INICIO DE ACTIVIDADES CON LA COORDINACIÓN DEL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN CADA ORIP. 2. ADELANTAR LAS ACTIVIDADES DE CLASIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y LEVANTAMIENTO DE INVENTARIO DOCUMENTAL DE LOS ARCHIVOS ADMINISTRATIVOS DE LA OFICINA DE REGISTRO. 3. REALIZAR SELECCIÓN, ORDENACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE FONDOS ACUMULADOS DOCUMENTALES, Y PROCESOS DE ELIMINACIÓN. 4. REALIZAR INVENTARIO

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	SAIRA PATRICIA DIAZ CIFUENTES
CARGO DEL SUPERVISOR	REGISTRADORA SECCIONAL PUERTO ASIS

CDP No.	66222	CRP No.	181122
FECHA CRP	07/01/2022	FECHA CRP	26/01/2022

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 26 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	PUERTO ASIS
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 31 | Mes 12 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 01 | Mes 05 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 9 | DIAS 6

ADICION Y/O PRORROGA

	Dia	Mes	Año			
FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA				CDP No.		CRP No.
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA				MESES	DIAS	VALOR

VALOR A COBRAR	$ 2,046,600.00
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 2,046,600.00

COBRA CON FACTURA — No de factura

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO	Dia	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		
DEL	01	04	2022				ABRIL
AL	30	04	2022	03	30	100%	ABRIL

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)	125000	MEDIMAS EPS S.A.	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	160000	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	5300	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 290,300	PLANILLA DE PAGO No.	58310160

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 22,512,600.00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 2,046,600.00	$ 2,046,600.00	$ 20,466,000.00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2,046,600.00	$ 4,093,200.00	$ 18,419,400.00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 2,046,600.00	$ 6,139,800.00	$ 16,372,800.00
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	Dia	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	04	2022		ABRIL
AL	30	04	2022	03	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1.ORGANIZACIÓN, DESINFECCION DE CAJAS Y DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE A CUENTA PRODUCTO Y CUENTA GASTOS AÑO 2004 HASTA 2007. 2. CLASIFICACION DE DOCUMENTOS PARA INVENTARIO DESDE AÑO 1998 HASTA 2007. 3. DILIGENCIAMIENTO Y CORRECCION DE FORMATO FUID 431 DESDE AÑO 1998 HASTA 2007.	1.ORGANIZACIÓN, DESINFECCION DE CAJAS Y DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE A CUENTA PRODUCTO Y CUENTA GASTOS AÑO 2004 HASTA 2007. 2. CLASIFICACION DE DOCUMENTOS PARA INVENTARIO DESDE AÑO 1998 HASTA 2007. 3. DILIGENCIAMIENTO Y CORRECCION DE FORMATO FUID 431 DESDE AÑO 1998 HASTA 2007.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

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

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 **EDITH MARIELA GARCIA ROSERO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **36,752,607** de **PASTO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **921** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **181122** CDP No **66222**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2,046,600.00**

Valor en letras: **DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	04	2022	**PAGO No.**	**ABRIL**
	AL	30	04	2022	**03**	**ABRIL**

Para constancia se firma en **PUERTO ASIS** a los **02** días del mes de **02/05/YYYY** de **yyyy**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
SAIRA PATRICIA DIAZ CIFUENTES
REGISTRADORA SECCIONAL PUERTO ASIS

CONTRATISTA

Firma Contratista
EDITH MARIELA GARCIA ROSERO
Cedula de Ciudadania No
36,752,607 **DE** PASTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	36752607	EDITH MARIELA GARCIA ROSERO		Crra 29 Calle 12 -10	3168114223	edmag79@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			PUTUMAYO	PUERTO ASÍS		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-03	2022-03	I	21/04/2022	58310160	$296.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	6.000	0	0	6.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	1	6.000	6.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	296.300	296.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	36752607	EDITH MARIELA GARCIA ROSERO		Crra 29 Calle 12 -10	3168114223	edmag79@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			PUTUMAYO	PUERTO ASÍS		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-03	2022-03	I	21/04/2022	58310160	$296.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	36752607	GARCIA ROSERO EDITH MARIELA	59	0			N	X																25-14	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS044	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF63	1.000.000	6.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

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 2021 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_**X**__ NO___,
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 **02** días del mes de **MAYO** de **2022.**

Atentamente,

NOMBRE Emilio Amaya R.

CC. 36.752.607. P.