



**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 Mes Año
03 06 VVVV

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

921

DE

Año

2022

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 22,512,600.00

HONORARIOS MENSUALES

\$ 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. ADELANTE 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

Día Mes Año

26 01 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

PUERTO ASIS

DEPARTAMENTO

PUTUMAYO

FECHA / FINALIZACIÓN

CONTRATO

Día Mes Año

31 12 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

01 05 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES DIAS

9 6

FECHA DE INICIO DE LA ADICION
Y/O PRORROGA

Día Mes Año

ADICION Y/O PRORROGA

CDP No.

MESES

DIAS

VALOR

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O
PRORROGA

Día Mes Año

VALOR A COBRAR

\$ 2,046,600.00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 2,046,600.00

PERIODO DE PAGO

DEL

01 05 2022

AL

31 05 2022

PAGO No.

04

No DIAS

30

100%

MES A COBRAR

MAYO

MAYO

COBRA CON FACTURA

No de factura

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

Página

1



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%

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 AJUSTAR IMPRESIÓN



**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**

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑIA 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.	593445889

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	\$ 20,466,000.00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	\$ 2,046,600.00	\$ 18,419,400.00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	\$ 2,046,600.00	\$ 16,372,800.00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	\$ 2,046,600.00	\$ 14,326,200.00
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	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	
	AL	01	05	2022		MAYO
		31	05	2022	04	MAYO

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 2008 HASTA 2010.	1. ORGANIZACIÓN, DESINFECCION DE CAJAS Y DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE A CUENTA PRODUCTO Y CUENTA GASTOS AÑO 2008 HASTA 2010.
2. CLASIFICACION DE DOCUMENTOS PARA INVENTARIO DESDE AÑO 1998 HASTA 2010.	2. CLASIFICACION DE DOCUMENTOS PARA INVENTARIO DESDE AÑO 1998 HASTA 2010.
3. DILIGENCIAMIENTO Y CORRECCION DE FORMATO FUID 431 DESDE AÑO 1998 HASTA 2010.	3. DILIGENCIAMIENTO Y CORRECCION DE FORMATO FUID 431 DESDE AÑO 1998 HASTA 2010.
4. FINALIZACION DE FORMATO DESCRIPTIVO 1997 HACIA ATRAS	4. FINALIZACION DE FORMATO DESCRIPTIVO 1997 HACIA ATRAS

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

Página 2



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

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 AJUSTAR IMPRESIÓN



**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**

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.

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

Página 3



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

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 AJUSTAR IMPRESIÓN



**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 **EDITH MARIELA GARCIA ROSERO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **36,752,607** de **PASTO** cumplió satisfactoriamente 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
DEL	01	05	2022
AL	31	05	2022

PERIODO DE PAGO

PAGO No. **04**

MAYO
MAYO

Para constancia se firma en **PUERTO ASIS** a los **03** días del mes de **03/06/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

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

Página 4



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

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 AJUSTAR IMPRESIÓN

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
2022-04	2022-04	I		59344589	TOTAL A PAGAR \$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2022-04	2022-04	I		59344589	\$296.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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																	25-14	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS037	1,000,000	125,000	14-23	1,000,000	1	5,300	CCF63	1,000,000	6,000	0	0	0	0	0

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	 MINISTERIO DE JUSTICIA	 El futuro es de todos Gobierno de Colombia	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022			

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. **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 **03** días del mes de **JUNIO** de **2022**.

Atentamente,

NOMBRE

Eduardo Quintana

CC. 36.752.607.

