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. Minimo 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 01 | Mes 07 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	MARIA RAFAELA NIÑO CARREÑO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.056.553.112	DE	SOCHA				
TELEFONO DE CONTACTO	313-4889865	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	MNCS789@HOTMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	NO ASIGNARON						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	60420684081	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No **1007** DE Año **2022**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **$ 22.512.600,00**

HONORARIOS MENSUALES: **$ 2.046.600,00**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SU APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL APOYO A LOS PROCESOS Y ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE PROCESOS TÉCNICOS ARCHIVÍSTICOS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS CONTENIDOS EN EL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DE LA ENTIDAD.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIO HERNANDO JAIME CARDOZO
CARGO DEL SUPERVISOR	REGISTRADOR

CDP No.	66222	CRP No.	172522
FECHA CRP	7/01/2022	FECHA CRP	26/02/2022

FECHA APROBACION POLIZA: Día 25 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	SOCHA
DEPARTAMENTO	BOYACA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 24 | Mes 12 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 07 | Mes 02 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 11 | DIAS 0

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: **$ 2.046.600,00**

COBRA CON FACTURA — No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.046.600,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	06	2022	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR	
AL	30	06	2022	05	30 (100%)	JUNIO	JUNIO

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	EPS SANITAS SA	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	160000	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	5300	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 290.300	PLANILLA DE PAGO No.	9435058445

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	$ 1.637.280,00	$ 1.637.280,00	$ 20.875.320,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2.046.600,00	$ 3.683.880,00	$ 18.828.720,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 2.046.600,00	$ 5.730.480,00	$ 16.782.120,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 2.046.600,00	$ 7.777.080,00	$ 14.735.520,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 2.046.600,00	$ 9.823.680,00	$ 12.688.920,00
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		
	DEL	01	06	2022	PAGO No.	JUNIO
	AL	30	06	2022	05	JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. 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.	1.REALIZE ACTIVIDADES RELACIONADAS A GESTION DOCUMENTAL. 2. SE HACE LEVANTAMIENTO EN LA ORIP DE SOCHA DE LA DOCUMENTACION ENCONTRADA EN EL DEPOSITO UNO Y EL DEPOSITO DOS DE LOS AÑOS CORRESPONDIENTES.

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
3.REALIZAR SELECCIÓN, ORDENACIÓN, IDENTIFICACIÓN DE FONDOS ACUMULADOS DOCUMENTALES, Y PROCESOS DE ELIMINACIÓN. 4.REALIZAR INVENTARIO DESCRIPTIVO DE ACUERDO CON LOS PERIODOS Y ASUNTOS IDENTIFICADOS DE LA SNR. 5. ASISTIR A LAS SENSIBILIZACIONES Y CAPACITACIONES OFRECIDAS POR LA ENTIDAD SOBRE LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL OBJETO DEL CONTRATO. 6.CUMPLIR CON LOS PLANES DE TRABAJO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. 7.REPORTAR OPORTUNAMENTE LAS DIFICULTADES, NOVEDADES O CUALQUIER OTRA SITUACIÓN QUE SE GENERE EN LA INTERVENCIÓN DE ARCHIVOS O REVISIÓN DE INVENTARIOS . 8.CUIDAR,PROTEGERYGUARDARLARESERVADELOSDOCUMENTOSQUESEANMANIPULADOS,SELECCIONADOS,ORGANIZADOSYPUESTOSENRECEPCIÓNPARADISPOSICIÓNFINALENRAZÓNDELASACTIVIDADESDEGESTIÓNDOCUMENTALENCOMENDADAS, BAJO LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA PROFESIONAL. 9.ATENDER DE FORMA OPORTUNA, LOS REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO, ENTREGANDO INFORMES CON RESULTADOS, QUE PERMITAN HACER EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES EN MARCO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL. 10.ADELANTAR LAS LABORES DIARIAS DE CONTROL DE CALIDAD SOBRE CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES A SU CARGO. 11. LAS DEMÁS QUE EL SUPERVISOR LE ASIGNE PARA LA DEBIDA EJECUCIÓN DE SU CONTRATO.	3.SE HACE SELECCIÓN DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS EN LA ORIP PARA CUMPLIR CON LA CIRCULAR 431 4. DANDO CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION SE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DE FUID DE ELIMINACION ANEXA EL LINK DEL MISMO. 5.SE ASITE A CAPACITACION DE SEGUIMIENTO 6. SE CUMPLIO CON LA IDENTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE A LA CIRCULAR 431 DE 2021 7. DANDO CUMPLIMIENTO A ESTA OBLIGACION SE ENVIARON CORREOS RELACIONADOS CON INQUIETUDES DE LA ORIP LAS CUALES FUERON SOLUCIONADAS. 8. CON LA INFORMACION ENCONTRADA SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD SE HACE RESPECTIVA ORGANIZACION Y SE GUARDAN EN SU CAJA CORRESPONDIENTE. 9.SE ENVIARON CORREOS PARA EVIDENCIAR EL TRABAJO Y EL SEGUIMIENTO AL FUID DE ELIMINACION 10.SE REALIZA EL TRABAJO A DIARIO PARA CUMPLIR CON LO ASIGNADO. 11.LLEVAR EL REGISTRO DE LAS ESCRITURAS QUE LLEGAN A LA OFICINA Y SON ENVIADAS A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE.

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 **MARIA RAFAELA NIÑO CARREÑO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.056.553.112** de **SOCHA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1007** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **172522** 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	06	2022	**PAGO No.**	**JUNIO**
	AL	30	06	2022	**05**	**JUNIO**

Para constancia se firma en **SOCHA** a los **01** días del mes de **JULIO** de **2022**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARIO HERNANDO JAIME CARDOZO
REGISTRADOR

CONTRATISTA

Firma Contratista
MARIA RAFAELA NIÑO CARREÑO
Cedula de Ciudadania No
1.056.553.112 **DE** SOCHA

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 X NO _ (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.

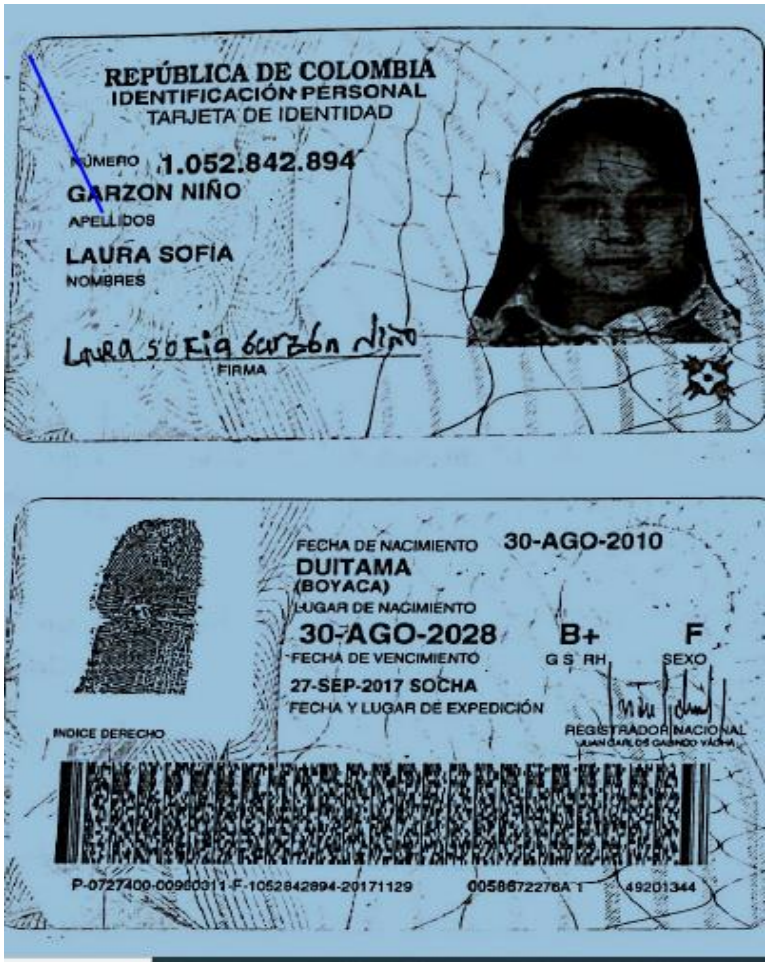
En constancia de lo anterior, se firma a los 1 días del mes de JULIO de 2022.

Atentamente,

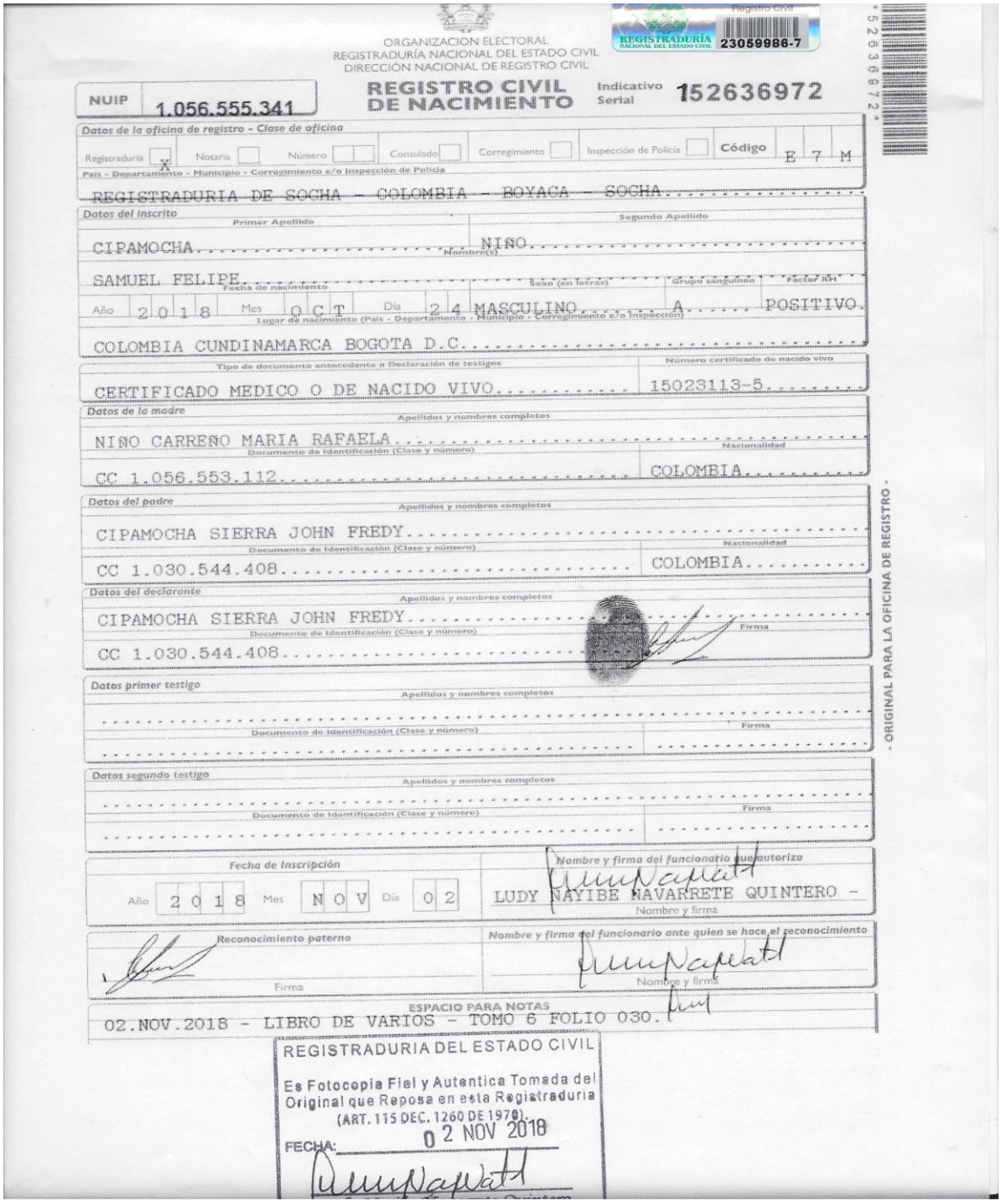


NOMBRE
CC. 1.056.553.112

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022



FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Registro Civil — REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 23059986-7

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.056.555.341 — Indicativo Serial 152636972

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 7 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SOCHA - COLOMBIA - BOYACA - SOCHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
CIPAMOCHA	NIÑO	SAMUEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes OCT Día 24	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15023113-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
NIÑO CARREÑO MARIA RAFAELA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.056.553.112	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
CIPAMOCHA SIERRA JOHN FREDY	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.544.408	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
CIPAMOCHA SIERRA JOHN FREDY	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.030.544.408	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes NOV Día 02	LUDY NAYIBE NAVARRETE QUINTERO - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

02.NOV.2018 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 6 FOLIO 030.

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
Es Fotocopia Fiel y Autentica Tomada del Original que Reposa en esta Registraduria
(ART. 115 DEC. 1260 DE 1970).
FECHA: 02 NOV 2018

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056553112		NIÑO CARREÑO MARIA RAFAELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1 b # 10-09	SOCHA-BOYACA	2222222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	46597331	9435058445	I	2022/06/03	2022/06/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$310,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Ciudad: SOCHA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$5,300		$0	$0
1	CC	1056553112	NIÑO MARIA	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS005	30	$1,000,000	$125,000	CCF10	30	$1,000,000	$20,000	14-23	30	$1,000,000	$5,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$1,000,000	$20,000			$1,000,000	$5,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056553112		NIÑO CARREÑO MARIA RAFAELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 1 b # 10-09	SOCHA-BOYACA	2222222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	46597331	9435058445	I	2022/06/03	2022/06/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$310,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	1	$20,000	$0	$0	$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$310,300	$0	$0	$310,300