SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
			Versión: 02
			Fecha: 10 / 01 / 2018

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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

dia	Mes	año
28	02	2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA					
CEDULA DE CIUDADANIA No.	52.805.606	**DE**	BOGOTA			
TELEFONOS DE CONTACTO	314-3824148		**FIJO**		**EXT.**	
E-MAIL PERSONAL	albaluciaherchi@gmail.com					
E-MAIL INSTITUCIONAL						
BANCO	DAVIVIENDA	**No DE CUENTA**	451800156908	**C.A.**	X	**C.C.**

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 11.122.200,00**
173	**DE 2019**	**PAGO MENSUAL**	**$ 1.853.700,00**

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO de apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para 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 de Instrumentos Públicos. - ORIP BTA CENTRO.

SUPERVISOR DEL CONTRATO: JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No. 8119 **CRP No.** 25119

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: 1853

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
21	07	2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
25	01	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
6	

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
25	01	2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año	TIEMPO	VALOR

VALOR A PAGAR $ 1.853.700,00

FACTURA

Si	No	No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	02	2019
AL	28	02	2019

PAGO No. 2 — FEBRERO — FEBRERO

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para ajustar documento — 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 80%

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

Señor contratista tenga en cuenta que es su obligación afiliarse a la protección de la seguridad y la salud.

	PLANILLA DE PAGO No.	SALUD (12,5%)	PENSION (16%)	ARL	MES
1.	8332610461	$ 27.700	$ 35.400	$ 1.300	ENERO
2.	8333074326				

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **$ 11.122.200,00**

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	$ 370.740,00	$ 370.740,00	$ 10.751.460,00
PAGO No.	2	$ 1.853.700,00	$ 2.224.440,00	$ 8.897.760,00
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	02	2019		FEBRERO
AL	28	02	2019	2	FEBRERO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
EJECUCION: EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CONTENIDAS DE LA CLAUSULA PRIMERA EL CONTRATO ARRIBA MENCIONADO, EL CONTRATISTA PRESENTO EL INFORME MENSUAL CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CANCELAR, LAS CUALES SE RESUMEN A CONTINUACION: **EL CONTRATISTA SE OBLIGA A PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO TECNICO LIDER PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA LAS LINEAS DE PRODUCCION** **JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA COORDINADORA ADMINISTRATIVA ORIP CENTRO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA ARRIBA MENCIONADO HA CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES CONTEMPLADAS EN EL OBJETO DEL CONTRATO DE LA REFERENCIA. EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, EMITO EL PRESENTE VISTO BUENO PARA QUE SE PROCEDA A EFECTUAR EL PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CONSISTENTE EN LA SUMA DE UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS ($1.853.700)**	- Recepción de documentos por parte de Línea de Producción, llevando a cabo una supervisión de documento por documento- - Organización idónea de los documentos de la Oficina de Registro Zona Centro Bogotá en el respectivo casillero del abogado. - Alistar los turnos calificados en sus respectivas relaciones que están listo para anexar sus formularios. - Anexos de certificados de tradición y formularios de calificación a escrituras públicas, oficios, embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de los más relevantes. - Los días martes y jueves: usuarios que tienen inconvenientes con los documentos son remitidos a la recepción del Despacho y allí la persona encargada nos solicita el debido proceso para darle solución al caso.

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para ajustar documento — 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 80%

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

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

Formato para ajustar documento					
	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 80%
	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

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
			Versión: 02
			Fecha: 10 / 01 / 2018

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 o (la) contratista **ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA** identificada (o) con cedula de ciudadania No **52.805.606** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **173** de **2019** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

La o (el) contartista cumplió con las operaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la ley 789 de 2002 modificada por la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012.

Se autoriza el pago por la suma de: **$ 1.853.700,00**

del CRP No. **25119** CDP No **8119**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	02	2019	**PAGO No.**	**FEBRERO**
	AL	28	2	2019	2	**FEBRERO**

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **28** días del mes de **FEBRERO** de **2019**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA
Cedula de Ciudadania No
52.805.606 **DE** BOGOTA

Anexos
* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para ajustar documento					
	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 80%
	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 BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaría. **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", vigencia desde 01 de marzo del año 2017, 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 2018 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 E.T)

Adjunto Certificado expedida por Contador Público. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

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_.
7. Crédito de Vivienda SI___ NO _X_.

En constancia de lo anterior, se firma a los 28 días del mes Febrero de 2019.

Atentamente,

JUAN DAVID HERNANDEZ CH.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA identificado con CC número 52805606, aportó por ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA, identificado con CC número 52805606, quien se encuentra registrado a la fecha como tipo de cotizante 3 - Independiente por concepto de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos entre 01-2019 y 01-2019 de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	I N G	R E T I R O	T A R D A N T E	V S T	S U S P	C O R R E C C I O N	V S P	VAR. PERM. SALARIO	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	APORTE VOLUNTARIO
EPS005	Sanitas EPS	X		X						8	220.831	$ 27.700	0	0	ene.-2019	8332610461	11/02/2019	N
231001	Colfondos	X		X						8	220.831	$ 35.400	0	0	ene.-2019	8332610461	11/02/2019	

El presente certificado se expide a los 11 días del mes febrero de 2019

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

ISO / IEC 27001 icontec

Certificado N° SI 006-1

Señor(a): ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPATECUA
No. Identificación: CC 52805606
Dirección: CLL 151 NO. 109 A 83 TORRE 1 APTO 1402
Teléfono: 6591273 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8333074326

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ALBA LUCIA HERNANDEZ CHIPA
Tipo y Número de Identificación	CC 52805606
Número Planilla	8333074326
Fecha de Pago	2/18/2019
Número de Autorización de Pago	1000000503
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Enero 2019
Período Cotización Pensión	Enero 2019
Período Cotización Caja	Enero 2019
Número de Administradoras	1
Total Pagado	$1.300
Total Interes Mora	$100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$1.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52805606
APELLIDOS Y NOMBRES HERNANDEZ CHIPATECUA ALBA LUCIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	231001	0	220.831	220.831	220.831	0	27.700	35.400	1.200	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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