SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	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	LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO					
CEDULA DE CIUDADANIA No.	24.717.734	**DE**	LA DORADA			
TELEFONOS DE CONTACTO	323-5991404			**FIJO**		**EXT.**
E-MAIL PERSONAL	lkdeviaromero@hotmail.com					
E-MAIL INSTITUCIONAL						
BANCO	CAJA SOCIAL	**No DE CUENTA**	24054519691	**C.A.**	X	**C.C.**

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 11.122.200,00**
182	**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.**	**28519**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTA
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
24	07	2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
28	01	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
6	

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
28	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. 1 — FEBRERO — FEBRERO

Anexos

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

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 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%

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.	8489073759	$ 103.600	$ 132.500	$ 4.400	FEBRERO
2.					

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	$ 185.370,00	$ 185.370,00	$ 10.936.830,00
PAGO No.	2	$ 1.853.700,00	$ 2.039.070,00	$ 9.083.130,00
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	1	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

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 **LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO** identificada (o) con cedula de ciudadania No **24.717.734** de **LA DORADA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **182** 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. **28519** 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	1	**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
LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO
Cedula de Ciudadania No
24.717.734 **DE** LA DORADA

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,

en línea

Planilla Asistida

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717734		LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO	INDEPENDIENTE	Principal	carrera 4 # 3 10	LA DORADA-CALDAS	8577125	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-02	2019-02	86365948	8489073759	I	2019/03/08	2019/02/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$247,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$331,246	$6,700			$828,116	$4,400		$0	$0		$247,200
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$331,246	$6,700			$828,116	$4,400		$0	$0		$247,200
Ciudad: LA DORADA Depto: CALDAS (1 Afiliados)																						$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$331,246	$6,700			$828,116	$4,400		$0	$0		$247,200
1	CC	24717734	DEVIA LEYDI																	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS044	30	$828,116	$103,600	CCF11	30	$331,246	$6,700	14-11	30	$828,116	$4,400	30	$0	$0	No	$247,200
Total	**Afiliados(1)**																					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$331,246	$6,700			$828,116	$4,400		$0	$0		$247,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24717734		LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO	INDEPENDIENTE	Principal	carrera 4 # 3 10	LA DORADA-CALDAS	8577125	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-02	2019-02	86365948	8489073759	I	2019/03/08	2019/02/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$247,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,400	$0	$0	$4,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$4,400	$0	$0	$4,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$0	$0	$6,700
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	1	$6,700	$0	$0	$6,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$247,200	$0	$0	$247,200