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
30	07	2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ADRIANA MOSQUERA PERALTA					
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.014.178.799	**DE**	BOGOTA			
TELEFONOS DE CONTACTO	313-3864377	313-8400588	**FIJO**		**EXT.**	
E-MAIL PERSONAL	ADRIANAMOSQUERA77@GMAIL.COM					
E-MAIL INSTITUCIONAL	ADRIANA.MOSQUERA@SUPERNOTARIADO.GOV.CO					
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	4661618456	**C.A.**		**C.C.**

CONTRATO ACTUAL No 171 **DE** 2019	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO** $ 11.122.200,00
	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.** 63819

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD BOGOTA

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
30	07	2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
05	02	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
5	23

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
05	02	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	07	2019
AL	30	07	2019

PAGO No. 6 JULIO JULIO

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

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

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.	36023610	$ 103.600	$ 132.500	$ 4.400	FEBRERO
2.					

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 11.122.200,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR

PAGO No. 1	VALOR DEL PAGO	$ 1.482.960,00	$ 1.482.960,00	$ 9.639.240,00
PAGO No. 2	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00	$ 3.336.660,00	$ 7.785.540,00
PAGO No. 3	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00	$ 5.190.360,00	$ 5.931.840,00
PAGO No. 4	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00	$ 7.044.060,00	$ 4.078.140,00
PAGO No. 5	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00	$ 8.897.760,00	$ 2.224.440,00
PAGO No. 6	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00	$ 10.751.460,00	$ 370.740,00
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO No.	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	07	2019		JULIO
	AL	30	07	2019	6	JULIO

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	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 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.

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

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 **ADRIANA MOSQUERA PERALTA** identificada (o) con cedula de ciudadania No **1.014.178.799** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **171** 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. **63819** CDP No **8119**

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

OBSERVACIONES

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	07	2019		JULIO
	AL	30	7	2019	6	JULIO

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **JULIO** de **2019**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

ADRIANA MOSQUERA PERALTA

Firma Contratista
ADRIANA MOSQUERA PERALTA
Cedula de Ciudadania No
1.014.178.799 **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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1014178799	ADRIANA MOSQUERA PERALTA	U C S D		

PERIODO DE LIQUIDACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
6	2019	6	2019

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
36023610	PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaammdd)	No. AUTORIZACION
calle 44 sur 79a 22	BOGOTÁ D.C.	11001	BOGOTA D.C.	11	2935588		adrianamosquera77@gmail.com	3600	0	1	2019/07/08	467426546

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES Y ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR	ZAP
EPS008	860066942-7	103.600	0	0	0	0	0	103.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES Y ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR	ZAP
25-14	900336004-7	132.500	0	0	0	0	0	132.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A AJUSTES ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR	ZAP

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR
14-23	860011153-6	4.400		0	0			4.400
0	0	4.400	0	0	44			4.400

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS DE COMPENSACION

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A OTRAS

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MINISTERIO DE EDUCACION

ADMINISTRADORA	NIT	VALOR NOMINA	AFP	AFC	PFC	VOLUNTARIOS OBLIGATORIOS	VOLUNTARIOS APORTES	TOTAL A PAGAR
1	0	0	0	0	0			
TOTAL								
1	0	0	0	0	0			

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

CONCEPTO APORTES POR ADMINISTRADORA	VALOR NOMINA	VALOR TOTAL
PENSIONES	132.500	132.500
SALUD	103.600	103.600
RIESGOS LABORALES	4.400	4.400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	240.500	240.500

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

compensar | miplanilla.com

1	CC	1014178799	MOSQUERA PERALTA ADRIANA	EPS008	25.14	828.116	828.116	0	828.116	0	132.500	0	0	103.800	0

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

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 30 días del mes Julio de 2019.

Atentamente,

ADRIANA MARCELA BOGOTA.