



SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La garantía de la fe pública



MINISTERIO DE JUSTICIA



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01

Versión: 02

Fecha: 10 / 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

26 10 2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA **SOR LILIANA PALACIO MEJIA**

CEDULA DE CIUDADANIA No. **43.589.098** DE **MEDELLIN**

TELEFONOS DE CONTACTO **301-6931104** **314-5461985** FIJO **3851000** EXT. **2271**

E-MAIL PERSONAL **lilo_palacio@hotmail.com**

E-MAIL INSTITUCIONAL **sor.palacio@suoernotariado.gov.co**

BANCO **BANCOLOMBIA** No DE CUENTA **2146399293** C.A. ☒ C.C. ☐

CONTRATO ACTUAL No

70 DE **2019**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 16.497.930,00

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

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No. **52019**

CRP No. **402719**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD **MEDELLIN**

DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA**

PLAZO DE EJECUCION

Día Mes Año

29 07 2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año
30 01 2019

MESES Y DIAS DE
EJECUCION DEL
CONTRATO

MESES DIAS
6 0

FECHA APROBACION POLIZA

Día Mes Año
28 01 2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año
30 7 2019

TIEMPO

02 meses y 27 días

VALOR

\$ 5.375.730,00

VALOR A PAGAR **\$ 1.606.540,00**

Si No No de factura

FACTURA ☐ ☒ ☐

PERIODO DE PAGO

DEL Día Mes Año
01 10 2019
AL **26 10 2019**

PAGO No.

11

OCTUBRE

OCTUBRE

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>

Página 1

**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	PENSION	ARL	MES
1.	1023972409	(12,5%)	(16%)		
2.	1023972409	\$ 103.600	\$ 132.500	\$ 4.400	SEPTIEMBRE

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 16.497.930,00		VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No. ↓	1	VALOR DEL PAGO	\$ 61.790,00	\$ 61.790,00	\$ 16.436.140,00
PAGO No. ↓	2	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 1.915.490,00	\$ 14.582.440,00
PAGO No. ↓	3	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 3.769.190,00	\$ 12.728.740,00
PAGO No. ↓	4	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 5.622.890,00	\$ 10.875.040,00
PAGO No. ↓	5	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 7.476.590,00	\$ 9.021.340,00
PAGO No. ↓	6	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 9.330.290,00	\$ 7.167.640,00
PAGO No. ↓	7	VALOR DEL PAGO	\$ 1.791.910,00	\$ 11.122.200,00	\$ 5.375.730,00
PAGO No. ↓	8	VALOR DEL PAGO	\$ 61.790,00	\$ 11.183.990,00	\$ 5.313.940,00
PAGO No. ↓	9	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 13.037.690,00	\$ 3.460.240,00
PAGO No. ↓	10	VALOR DEL PAGO	\$ 1.853.700,00	\$ 14.891.390,00	\$ 1.606.540,00
PAGO No. ↓	11	VALOR DEL PAGO	\$ 1.606.540,00	\$ 16.497.930,00	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO		\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.
DEL		01	10	2019	OCTUBRE
AL		26	10	2019	OCTUBRE
					11

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>A. Proceso en línea de producción del SGD.</p> <p>B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR.</p> <p>C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes</p>	<p>A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados.</p> <p>B. Se procedió a hacer apoyo en el área de SEGUNDA DIGITALIZACION con 69 relaciones con un promedio de 1242 turnos.</p> <p>C. Se procedió a DIGITALIZAR 734 embargos, 631 notas devolutivas, 57 pertenencias y 12 mayores valores.</p>

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	

Página

2

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS</p> <p>E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno.</p> <p>F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP</p> <p>G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes.</p>	<p>D. FUID 5 cajas promedio a 1008 turnos.</p>

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	

Pagina 3

**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 **SOR LILIANA PALACIO MEJIA** identificada (o) con cedula de ciudadanía No **43.589.098** de **MEDELLIN** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **70** 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: \$ **1.606.540,00**

del CRP No. **402719** CDP No **52019**

Valor en letras: **UN MILLON SEISCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	10	2019	PAGO No.	OCTUBRE
	AL	26	10	2019	11	OCTUBRE

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **26** días del mes de **OCTUBRE** de **2019**

SUPERVISOR

Paula Valencia

Firma Supervisor

PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Sor Liliana Palacio Mejia

Firma Contratista

SOR LILIANA PALACIO MEJIA
Cedula de Ciudadania No

43.589.098 DE MEDELLIN

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	



PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-10-15, 01:18:33 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1023972409
Período Cotización: septiembre de 2019 Período Servicio: septiembre de 2019 Referencia pago (PIN): 8806775220

PAGADO 15/10/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SOR LILIANA PALACIO MEJIA
Documento	CC43589098
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	MEDELLIN
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CARRERA 81 # 19-15
Teléfono	3016931104
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	ANTIOQUIA
Identificación	
ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones				Salud			Riesgos				Cajas				Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Cotizante	Salario Cotizante	ING	RET	TAE	TDP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	VAC	AVP	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias RPP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo. Minis
43589098	SOR LILIANA PALACIO MEJIA		59	00													0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 828,116	\$ 132,500	(EPS010) EPS SURA	\$ 828,116	\$ 103,600	0,522	\$ 828,116	\$ 4,400	(NINA-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 828,116	\$ 828,116	\$ 828,116	\$ 0	\$ 132,500	\$ 103,600	\$ 4,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 240,500	\$ 0	\$ 240,500

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>La guarda de la fe pública</small>	 MINJUSTICIA	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN</small>	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2019
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019			

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

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", 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 ☒
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI NO ☒
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI NO ☒
4. Dependiente Economico: SI NO ☒ (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 ☒
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI NO ☒
7. Credito de Vivienda SI NO ☒

En constancia de lo anterior, se firma a los 26 del mes 10 de 2019.

Atentamente,

Nombre Contratista

C.C.

43.589.098



Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21 Bogotá D.C. – Colombia

<http://www.supemotariado.gov.co>