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
03	12	2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ASTRID ELENA GALEANO HIGUITA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	43.530.463	**DE**	MEDELLIN				
TELEFONOS DE CONTACTO	000-4767488			**FIJO**		**EXT.**	
E-MAIL PERSONAL	a-egaleano@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	10202436040	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 21.051.900,00**
535	**DE 2019**	**PAGO MENSUAL**	**$ 2.339.100,00**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTOMIA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO TECNICO ADMISNITRATIVWO TIPO B de apoyo a la gestión en las actividades desarrolladas en el marco de los procesos de formalización de la propiedad inmobiliaria, que adelanta la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras a nivel nacional.

SUPERVISOR DEL CONTRATO: PAOLA ANDREA ZAPATA SUAREZ

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

CDP No. 30719 **CRP No.** 119419

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MEDELLIN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
21	11	2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
04	03	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
9	0

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
04	03	2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año	TIEMPO	VALOR

VALOR A PAGAR $ 311.879,00 ###

FACTURA

Si	No	No de factura
	X	

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	12	2019
AL	03	12	2019

PAGO No. 10 — DICIEMBRE / 1/12/2019 — DICIEMBRE / 3/12/2019

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.	8491455592	$ 103.600	$ 132.500	$ 4.400	AGOSTO
2.					

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

			VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 21.051.900,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	VALOR DEL PAGO	$ 2.027.220,00	$ 2.027.220,00	$ 19.024.680,00
PAGO No.	2	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 4.366.320,00	$ 16.685.580,00
PAGO No.	3	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 6.705.420,00	$ 14.346.480,00
PAGO No.	4	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 9.044.520,00	$ 12.007.380,00
PAGO No.	5	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 11.383.620,00	$ 9.668.280,00
PAGO No.	6	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.101,00	$ 13.722.721,00	$ 7.329.179,00
PAGO No.	7	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 16.061.821,00	$ 4.990.079,00
PAGO No.	8	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 18.400.921,00	$ 2.650.979,00
PAGO No.	9	VALOR DEL PAGO	$ 2.339.100,00	$ 20.740.021,00	$ 311.879,00
PAGO No.	10	VALOR DEL PAGO	$ 311.879,00	$ 21.051.900,00	$ -
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	12	2019		DICIEMBRE
	AL	03	12	2019	10	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1). Apoyar el proceso de expedición de carencias registrales en el marco de los procesos de formalización según requerimiento del supervisor del contrato. 2). Realizar visitas de campo para confirmar o verificar la tenencia del predio a ceder. 3). Recolectar o recepcionar los documentos soportes y aplicar ficha técnica de caracterización del predio. 4). Conformar expedientes por cada caso o proceso. 5). Conformar base de datos de beneficiarios por municipio. 6). Confrontar información con base de datos regionales y nacionales. 7). Las demás actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud del Supervisor.	LAS ACTIVIDADES REALIZADAZ FUERON : - ELABORACIÓN BASE DE DATOS MUNICIPIOS DE CACERES - -ELABORACIÓN BASE DE DATOS MUNICIPIOS DE SANTA FE MUCHAS DE NUESTRAS ACTIVIDADES SE VIERON PERTURBADAS A RAIZ DEL MOVIMIENTO SINDICAL, YA QUE NUESTROS COMPAÑEROS NO PERMITIAN EL INGRESO DE USUARIOS A LAS INSTALCIONES.

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

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 perìodo, se deja constancia que el o (la) contratista **ASTRID ELENA GALEANO HIGUITA** identificada (o) con cedula de ciudadania No **43.530.463** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **535** 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: **$ 311.879,00**

del CRP No. **119419** CDP No **30719**

Valor en letras: **TRESCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	12	2019	**PAGO No.**	**DICIEMBRE**
	AL	03	12	2019	10	**DICIEMBRE**

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **3** días del mes de **DICIEMBRE** de **2019**

/ 3/12/2019

SUPERVISOR

Firma Supervisor

PAOLA ANDREA ZAPATA SUAREZ

PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

CONTRATISTA

Firma Contratista

ASTRID ELENA GALEANO HIGUITA

Cedula de Ciudadania No

43.530.463 **DE** MEDELLIN

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	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	

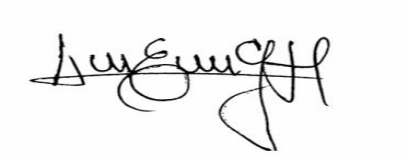
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

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", 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 2017 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 Economico: SI___ NO_X__ (parágrafo 2 del art 387 del E.T)
   Adjunto Certificado expedida por Contador Publico. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantias SI___ NO__X_
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construccion (AFC) SI_ NO_X__.
7. Credito de Vivienda SI___ NO _X__.

En constancia de lo anterior, se firma a los 15 días del mes de diciembre de 2019.

Atentamente,



Nombre Contratista

C.C. 43.530.463

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 43530463		GALEANO HIGUITA ASTRID ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CIRCULAR 1 No 68 - 32	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4767488	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-11	2019-11	9400712143	9400712143	I	2019/12/13	2019/12/09	BANCO BOGOTA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$149,800	$0	$0	$149,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$149,800	$0	$0	$149,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$117,000	$0	$0	$117,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$117,000	$0	$0	$117,000
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

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 43530463		GALEANO HIGUITA ASTRID ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CIRCULAR 1 No 68 - 32	MEDELLIN-ANTIOQUIA	4767488	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-11	2019-11	9400712143	9400712143	I	2019/12/13	2019/12/09	BANCO BOGOTA	0	$271.700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$935,640	$149,800			$935,640	$117,000			$0	$0			$935,640	$4,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$935,640	$149,800			$935,640	$117,000			$0	$0			$935,640	$4,900		$0	$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$935,640	$149,800			$935,640	$117,000			$0	$0			$935,640	$4,900		$0	$0
1	CC 43530463	GALEANO ASTRID	Z30301	30	$935,640	$149,800	EPS010	30	$935,640	$117,000		0	$0	$0	14-23	30	$935,640	$4,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$935,640	$149,800			$935,640	$117,000			$0	$0			$935,640	$4,900		$0	$0

2019/12/09 10:09 AM