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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 30 | Mes 06 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LUZ CONSUELO SALAZAR BLANDON						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	21.769.361	DE	GOMEZ PLATA				
TELEFONO DE CONTACTO	301-2733655	FIJO	3851000	EXT.	2249		
E-MAIL PERSONAL	cheloblandon@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	AV VILLAS	No DE CUENTA	517775511	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	DE Año	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	HONORARIO MENSUAL
482	2020	$ 13.888.800,00	$ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al 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 la ORIP MEDELLIN SUR.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	56820	CRP No.	168420	FECHA APROBACION POLIZA	Día 11 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	MEDELLIN	FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO	Día 15 | Mes 12 | Año 2020
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA		

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO	Día 12 | Mes 05 | Año 2020	TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MESES 7 | DIAS 5

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Día | Mes | Año	CDP No.		CRP No.		
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Día | Mes | Año	MESES	DIAS	VALOR		

VALOR A COBRAR	$ 1.800.400,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
		NO	

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.929.000,00

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	06	2020				
AL	30	06	2020	02	30	100%	JUNIO

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 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1.	COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$ 103.600	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 26.400	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 4.400	ARP SURA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 134.400	PLANILLA DE PAGO No.	8935144500

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 13.888.800,00

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01		$ 1.221.700,00	$ 1.221.700,00	$ 12.667.100,00
PAGO 02		$ 1.800.400,00	$ 3.022.100,00	$ 10.866.700,00
PAGO 03			$ -	$ -
PAGO 04			$ -	$ -
PAGO 05			$ -	$ -
PAGO 06			$ -	$ -
PAGO 07			$ -	$ -
PAGO 08			$ -	$ -
PAGO 09			$ -	$ -
PAGO 10			$ -	$ -
PAGO 11			$ -	$ -
PAGO 12			$ -	$ -
PAGO 13			$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	06	2020		JUNIO
	AL	30	06	2020	02	JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
A. Proceso en línea de producción del SGD. B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR. C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes	A. Archivo de carpetas, anexando certificado de calificación y tipificación de carpetas. Custodia archivo temporal. Prestamos carpetas a bogados y la coordinación jurídica que lo requiera. Entrega de carpetas a ventanilla de entrega Total documentos ingresados en el mes fueron de : 8991

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 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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
D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno. F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes.	

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

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 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años — La guarda de la fe pública	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Versión: 04
	Fecha: 09 / 01 / 2019

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 período, se deja constancia que el (la) contratista **LUZ CONSUELO SALAZAR BLANDON** identificado (a) con cedula de ciudadania No **21.769.361** de **GOMEZ PLATA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **482** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **168420** CDP No **56820**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.800.400,00**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS MIL CUATROCIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 134.400,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	06	2020	**PAGO No.**	**JUNIO**
	AL	30	06	2020	**02**	**JUNIO**

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **30** días del mes de **JUNIO** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
LUZ CONSUELO SALAZAR BLANDON
Cedula de Ciudadania No
21.769.361 **DE** GOMEZ PLATA

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 79%	
Enc.	0.8 cm	**P. de pag.**	0.8 cm	**FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN**	

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

ARUS
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-06-08, 01:33:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8935144500

Periodo Cotización: mayo de 2020 **Periodo Servicio:** mayo de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8990231130

PAGADO 08/06/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ CONSUELO SALAZAR BLANDON		
Documento	CC21769361	**Dirección**	CR 33 #43 - 63
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días 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	Aporte Ministerio	Total
CC 21769361	LUZ CONSUELO SALAZAR BLANDON	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 26.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 109.800	0.522	$ 877.803	$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.800

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
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 26.400	$ 109.800	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.800	$ 0	$ 140.800

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

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", 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 2019 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 Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Publico, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
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_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO _X_, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de 06 de 2020.

Atentamente,

Nombre y Firma

CC. 21769361