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
29	07	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	43.264.788	**DE**	MEDELLIN				
TELEFONO DE CONTACTO	318-2217925	**FIJO**	3851000	**EXT.**	2249		
E-MAIL PERSONAL	adriana.arango99@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	adriana.arango@supernotariado.gov.co						
BANCO	BOGOTA	**No DE CUENTA**	534097407	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL

No		Año
474	DE	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 14.146.000,00

HONORARIO MENSUAL $ 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 de las gestiones 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 ORP MEDELLIN SUR

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	56820	**CRP No.**	165620
FECHA CDP	27/02/2020	**FECHA CRP**	8/05/2020

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
08	05	2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	MEDELLIN
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
15	12	2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
11	05	2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
7	6

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 $ 1.929.000,00

COBRA CON FACTURA — **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 1.929.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	07	2020	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR	
AL	31	07	2020	03	30	100%	JULIO

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	EPS SURA	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 132.500	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 4.400	ARP SURA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 240.500	PLANILLA DE PAGO No.	1031389151

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.286.000,00	$ 1.286.000,00	$ 12.860.000,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 3.215.000,00	$ 10.931.000,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 5.144.000,00	$ 9.002.000,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año		
DEL	01	07	2020	PAGO No.	JULIO
AL	31	07	2020	03	JULIO

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. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados. B. Se procedió a prestar apoyo en el área de alistamiento en 910 documentos de 8193. C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 910 de un total de 8193

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.	D. El número de carpetas diligenciadas durante el periodo fue de 910 de un total de 8193. E. Se cumple con la funcion de pre-armado de los documentos ingresados.

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

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 **ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **43.264.788** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **474** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **165620** CDP No **56820**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.929.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 240.500,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	07	2020	**PAGO No.**	**JULIO**
	AL	31	07	2020	**03**	**JULIO**

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **29** días del mes de **JULIO** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ
Cedula de Ciudadania No
43.264.788 **DE** MEDELLIN

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-07-23, 01:05:39 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1031389151

Periodo Cotización: junio de 2020 **Periodo Servicio:** junio de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8817076080

PAGADO 23/07/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ		
Documento	CC43264788	**Dirección**	CRA 47 95A 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3182217925
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

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 AFP	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 43264788	ADRIANA MARIA ARANGO GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 140.500	(EPS010) EPS SURA	$ 877.803	$ 109.800	0,522	$ 877.803	$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.900

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	$ 140.500	$ 109.800	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.900	$ 0	$ 254.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 JULIO de 2020.

Atentamente,

Adriana A.

Nombre y Firma

CC. 43.264.788