

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
29 09 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

DIANA YEDID BEJARANO CRUZ

CEDULA DE CIUDADANIA No.

52.735.692

DE

BOGOTA

TELEFONO DE CONTACTO

310-2409553

FIJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

dianis.1983@outlook.com

E-MAIL INSTITUCIONAL

diana.bejarano@supernotariado.gov.co

BANCO

BANCOLOMBIA

No DE CUENTA

046-95561496

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

627

DE

Año

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 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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.

56820

CRP No.

164420

FECHA CRP

27/02/2020

FECHA CRP

08/05/2020

FECHA APROBACION
POLIZA

Día Mes Año

11 05 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTA DC

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACION
CONTRATO

Día Mes Año

15 12 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

11 05 2020

TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO

MESES DIAS

7 10

FECHA DE INICIO DE LA ADICION
Y/O PRORROGA

Día Mes Año

ADICION Y/O PRORROGA

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

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 1.929.000,00

PERIODO DE PAGO

Día Mes Año

DEL 01 09 2020

AL 30 09 2020

PAGO No.

No DIAS

05

30

100%

MES A COBRAR

SEPTIEMBRE

SEPTIEMBRE

COBRA CON FACTURA

No de factura

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 1

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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (133252121)
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESION



**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. COMPAÑIA DE SALUD (EPS)	\$ 109.800	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	\$ 140.500	COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLEFONDOS	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	45249539

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 \$ 1.929.000,00	\$ 7.073.000,00	\$ 7.073.000,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 9.002.000,00	\$ 5.144.000,00
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	\$ -	\$ -

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	09	2020	PAGO No.	SEPTIEMBRE
	AL	30	09	2020		05

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 2



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 20 No 13-49 Int. 201 / P.O.B. 113252121
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>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:</p> <p>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</p> <p>CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ 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 EJECUCION DEL CONTRATO CONSISTENTE EN LA SUMA DE UN MILLON NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL PESOS (\$1.929.000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Se realiza disposición final dejando foliado los documentos a diario

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

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 3



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1) 3262121
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



**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 **DIANA YEDID BEJARANO CRUZ** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **52.735.692** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **627** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.
del CRP No. **164420** 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: \$ **254.900,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

PERIODO DE PAGO
DEL

Día	Mes	Año
01	09	2020

AL

Día	Mes	Año
30	09	2020

PAGO No.

05

SEPTIEMBRE

SEPTIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA DC** a los **29** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

DIANA YEDID BEJARANO CRUZ
Cedula de Ciudadania No
52.735.692 DE **BOGOTA**



 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO 60 Años al servicio de la justicia	 MINISTERIO DE JUSTICIA	 El futuro es de todos Gobierno de Colombia	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020			

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

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", me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

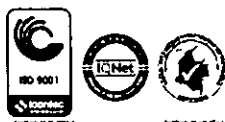
1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI ☐ NO ☒ X.
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2019 mis ingresos totales (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 ☐ (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 Construcción (AFC) SI ☐ NO ☒ X, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI ☐ NO ☒ X, adjuntarv extracto bancario del credito de vivienda.

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

Atentamente,


DIANA YEDID BEJARANO CRUZ

C.C. 52.735.692 de Bogotá



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52735802	DIANA YEDID BELARANO CRUZ		CALLE 40 A SUR No. 3 A 81' ESTE	3872547	clara1983@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PERSONAS			
2020-08	2020-08	1	07/09/2020	45249539
				CANTIDAD
				EMPLADOS
				1
				UPC
				0
				TOTAL A PAGAR
				\$254.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS005	Sinlase EPS	800251440-6
		Contracción Obligatoria
		109.800

[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntarios Afiliado	Aportes Voluntarios Aportante	Aportes FSP - Solidaridad	Aportes FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Atribuido
231001		F 800227940-6	140.500	/	0	/	0	0	0	/	140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	Incapacidades		Apertres Otros Sistemas	Valor Neto Coltización	Días Mora	Valor Mora Coltización	Subtotal Coltización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Atenciones
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	865011153-6	4,000				4,000	0	0	4,000			46	4,000	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
		/	/	/
MEN				
		/	/	/

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	Nº. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IGP y IORA	Total a Pagar
Salud	1	109,800	109,800
Pensión	1	140,500	140,500
Riesgos Laborales	1	4,800	4,800
COE	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254,900	254,900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	52735662	DIANA YEDID BELJARRANO CRUZ		CALLE 40 A SUR No. 3 A 1 ESTE	3672547	dsianla1983@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (GASMESE/AAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DAA/MEE/AAO)	CANTIDAD	
				EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0
2020-06	2020-08	1	07/09/2020	TOTAL A PAGAR	
				\$254.900	

[illegible]