SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO — En guerrilla de alle parlica — 60 Años — El futuro es de todos	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	Versión: 04 — S. Mínimo 828.116
	Fecha: 09 / 01 / 2019

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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 28 | Mes 10 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LAURA ALEJANDRA HERRERA GUTIERREZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.122.653.747	DE	RESTREPO-META				
TELEFONO DE CONTACTO	311-2300097	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL							
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	84422590071	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 632 DE Año 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

HONORARIO MENSUAL: $ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomia tecnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las lineas de produccion bajo los lineamientos del programa de gestion documental de la SNR. Para la recepcion, alistamiento, organizacion, digitalizacion, tipificacion, control de calidad y disposicion en unidades de conservacion de los documentos misionales en oficinas de registro de instrumentos publicos.BTA CEN.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	56820	CRP No.	162020
FECHA CDP	27/02/2020	FECHA CRP	07/05/2020

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 07 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 15 | Mes 12 | Año 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 11 | Mes 05 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 7 | DIAS 10

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Dia | Mes | Año

ADICION Y/O PRORROGA — CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Dia | Mes | Año — MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.929.000,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.929.000,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

PERIODO DE PAGO

	Dia	Mes	Año				
DEL	01	10	2020	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR	
AL	30	10	2020	06	30	100%	OCTUBRE

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)	$	109.800	COMPENSAR EPS	*	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	140.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	*	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	*	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	254.900	PLANILLA DE PAGO No.	9410963714	*

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	$ 1.929.000,00	*	$ 10.931.000,00	$ 3.215.000,00
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		Dia	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	10	2020		OCTUBRE
	AL	30	10	2020	06	OCTUBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.6 cm Derecha 0.6 cm tamaño al 79%
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
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: 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 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 ($1.929.000)	Recepción de documentos por parte de Linea de Produccion, llevando a cabo una supervisión de documento por documento- - Organizacion idonea 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 estan listo para anexar sus formularios. - Anexos de certificados de tradición y formularios de calificación a escrituras publicas, oficios, embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de los más relevantes. - Los dias martes y jueves: usuarios que tienen inconvenientes con los documentos son remitidos a la recepcion del Despacho y allí la persona encargada nos solicita el debido proceso para darle solución al caso

NOTA: Si se requiere ampliar cuáles obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imagenes, favor colocarlos como anexos

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años — El futuro es de todos	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	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 periodo, se deja constancia que el (la) contratista **LAURA ALEJANDRA HERRERA GUTIERREZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.122.653.747** de **RESTREPO-META** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **632** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **162020** 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

		Dia	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	10	2020	**PAGO No.**	OCTUBRE
	AL	30	10	2020	**06**	OCTUBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **28** dias del mes de **OCTUBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
LAURA ALEJANDRA HERRERA GUTIERREZ
Cedula de Ciudadania No
1.122.653.747 **DE** RESTREPO-META

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**	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122653747		HERRERA GUTIERREZ LAURA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19A #88-66	BOGOTA-BOGOTA D.C.	1234567	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave*		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	783833595	9410963714	1	2020/10/13	2020/10/29	BANCOLOMBIA	16	$254.900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Cochito	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1122653747	HERRERA LAURA																		23-201	30	$877.803	$140.500	EPS008	30	$877.803	$109.800		0	$0	$0	14-21	30	$877.803	$4.600	0	$0	$0	no	$254.900
																							$877.803	$140.500			$877.803	$109.800			$0	$0			$877.803	$4.600		$0	$0		$254.900

Total **Afiliados(1)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121623747		HERRERA GUTIERREZ LAURA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19A #88-66	BOGOTA BOGOTA D.C.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	283833595	9410963714	E	2020/10/13	2020/10/29	BANCOLOMBIA	16	$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$254,900**	**$0**	**$0**	**$254,900**

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. **Articulo 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 Económico: SI___ NO_X_ (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_X_
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_X_
7. Crédito de Vivienda SI___ NO _X_

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

Atentamente,

Juan A Herrera

1122[illegible]749