| | | |
|---|---|---|
| SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública 60 Años | El futuro es de todos — Gobierno de Colombia | Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01 |
| | | Versión: 04 S. Minimo 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 02 | Mes 07 | Año 2020

**CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 33.645.088 | DE | SOGAMOSO | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 310-3280036 | FIJO | 7751894 | EXT. | | | |
| E-MAIL PERSONAL | ZULSANHER@HOTMAIL.COM | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | ZULMA.SANCHEZ@SUPERNOTARIADO.GOV.CO | | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 36517994523 | C.A. | X | C.C. | |

| CONTRATO ACTUAL No | DE Año | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | HONORARIO MENSUAL |
|---|---|---|---|
| 508 | 2020 | $ 13.181.500,00 | $ 1.929.000,00 |

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVASUS 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 DOCUMENTALDE LA SNR. PARA LA RECEPCION, ALISTAMIENTO ORGANIZACION, DIGITALIZACION, TIPIFICACION CONTROL DE CALIDAD Y DISPOSICION EN UNIDADES DE CONSERVACION

| | |
|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO | LUIS ALBERTO LEON MEJIA |
| CARGO DEL SUPERVISOR | REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP No. | 56820 | CRP No. | 186120 | FECHA APROBACION POLIZA | Día 22 / Mes 05 / Año 2020 |
| LUGAR DE EJECUCION | | | | | |
| CIUDAD | SOGAMOSO | | | | |
| DEPARTAMENTO | BOYACA | | | FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO | Día 15 / Mes 12 / Año 2020 |
| FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO | Día 22 / Mes 05 / Año 2020 | | | TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | MESES 6 / DIAS 24 |

**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 | NO | |

| PERIODO DE PAGO | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 06 | 2020 | | | | |
| AL | 30 | 06 | 2020 | 01 | 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%
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) | $ 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. | 9407068047 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 13.181.500,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | 01 | VALOR DEL PAGO $ 578.700,00 | $ 578.700,00 | $ 12.602.800,00 |
| PAGO 02 | 02 | VALOR DEL PAGO $ 1.929.000,00 | $ 2.507.700,00 | $ 10.673.800,00 |
| PAGO 03 | | VALOR DEL PAGO | $ - | $ - |
| 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 | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 06 | 2020 | | JUNIO |
| AL | 30 | 06 | 2020 | 01 | JUNIO |

## 3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| Allegar a la Superintendencia de Notariado y Registro, en los plazos en los que se le determine, los Documentos requeridos para el inicio del contrato. 2. Constituir la garantia unica par su posterior aprobacion por la Superintendencia dentro de los 3 dias siguientes a la suscripcion del contraro por la plataforma SECOP II. 3, Acreditar encontrarse al dia en la afiliacion o pago de los respectivos aportes a la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), y una Administradora de Fondos de Pensiones (A.F.P.). 4. Para la suscripcion del acta de inicio, el contratista debera acreditar encontrarse afiliado a una administradora de riesgos laborales (A.R.L.): | |

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| su afiliacion se entendera activa el dia siguiente de dicha afiliacion. 5. Suscribir conjuntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y legalizacion del contato y remitirla a la direccion de contratacion de la SNR. 6. Para efectos del pago mensual de honorarios el contratista debera presentar: impresion o fotocopia de la respectiva planilla con la que realiza el pago discriminado E.P.S, A.F.P y A.R.L , salvo las exepciones legalmente establecidas, el formato infome de supervision de cumplimiento del contrato prestacion de servcios aprobado por el supervisor del contrato, formato de retencion en la fuente y cargarv las evidencias de la ejecucion del contrato en la plataforma SECOP II. 7. Sin perjuicio de la autonomia tecnica y administrativa, atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de quien sea designado como supervisor del contrato. 8. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trasbas. 9. Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecucion del objeto contractual. 10. Disponer lo necesario para que el objeto del contrato se cumpla a cabalidad. 11. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actuen por fuera de la ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algun acto o hecho, informando inmediatamente a la Superintendencia de Notariado y Registro y demas autoridades competentes cuando se presenten tales circunstancias. 12. Cumplir con los demas deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato. 13. Queda prohibido prestar el servicio en estado de embriagues o bajo el consumo de sustancias psicoactivas. | |

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 **ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **33.645.088** de **SOGAMOSO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **508** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **186120** 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

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

Para constancia se firma en **SOGAMOSO** a los **02** días del mes de **JULIO** de **2020**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
LUIS ALBERTO LEON MEJIA
REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ
**Cedula de Ciudadania No**
33.645.088 **DE** SOGAMOSO

en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 33645088 | | SANCHEZ HERNANDEZ ZULMA YENITSE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 17 16 68 | SOGAMOSO-BOYACA | 7719215 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-06 | 2020-06 | 668068749 | 9407068047 | I | 2020/07/22 | 2020/07/01 | BANCOLOMBIA | 0 | $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 | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 33645088 | SANCHEZ ZULMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 30 | $877,803 | $140,500 | EPS008 | 30 | $877,803 | $109,800 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



2020/07/01 12:46 PM

en línea

Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 33645088 | | SANCHEZ HERNANDEZ ZULMA YENITSE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 17 16 68 | SOGAMOSO-BOYACA | 7719215 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-06 | 2020-06 | 668068749 | 9407068047 | I | 2020/07/22 | 2020/07/01 | BANCOLOMBIA | 0 | $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 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $140,500 | $0 | $0 | $140,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,600 | $0 | $0 | $4,600 |
| POSITIVA COMPAÑIA 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 |



2020/07/01 12:46 PM

## 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_x__ NO___,
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 02 días del mes de Julio de 2020.

Atentamente,

ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ

CC.33.6450. 88 De Aguazul