



**SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO**
la guerra de la fe pública

60
Años



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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

Día Mes Año

01 09 2020

CONTRATISTA

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

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

508

DE

Año

2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 13.181.500,00

HONORARIO MENSUAL

\$ 1.929.000,00

OBJETO DEL
CONTRATO

PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVAS 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

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 Mes Año

22 05 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

SOGAMOSO

DEPARTAMENTO

BOYACA

FECHA / FINALIZACION

CONTRATO

Día Mes Año

15 12 2020

FECHA DE SUSCRIPCION
DEL ACTA DE INICIO

Día Mes Año

22 05 2020

TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO

MESES DIAS

6 24

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 08 2020

AL 30 08 2020

PAGO No. No Días

04 30

100%

COBRA CON FACTURA

No de factura

NO

MES A COBRAR

AGOSTO

AGOSTO

STE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACRO

Pagina 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%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 29 No. 13-40 Int. 201 / PBX (133282121)
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.superintendenciadegov.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 ASEGURADORA DE	\$ 140.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%
3. RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No. 9408132751	

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	03	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 4.436.700,00	\$ 8.744.800,00
PAGO 04	04	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 6.365.700,00	\$ 6.815.800,00
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	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	AGOSTO
	AL	01	08	2020		AGOSTO
		30	08	2020	03	

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 determine, los Documentos requeridos para el inicio del contrato. 2. Constituir la garantía única por su posterior aprobación por la Superintendencia dentro de los 3 días siguientes a la suscripción del contrato por la plataforma SECOP II. 3. Acreditar encontrarse al día en la afiliación 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 suscripción del acta de inicio, el contratista deberá acreditar encontrarse afiliado a una administradora de riesgos laborales (A.R.L.):	

STE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACRO

Página 2

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm

Carta 21.59 cm x 27.94 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 PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>su afiliación se entenderá activa el día siguiente de dicha afiliación. 5. Suscribir conjuntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato y remitirla a la dirección de contratación de la SNR. 6. Para efectos del pago mensual de honorarios el contratista deberá presentar: impresión 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 excepciones legalmente establecidas, el formato informe de supervisión de cumplimiento del contrato prestación de servicios aprobado por el supervisor del contrato, formato de retención en la fuente y cargar las evidencias de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II. 7. Sin perjuicio de la autonomía técnica 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 traslados. 9. Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución 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 actúen por fuera de la ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, informando inmediatamente a la Superintendencia de Notariado y Registro y demás autoridades competentes cuando se presenten tales circunstancias. 12. Cumplir con los demás deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato. 13. Queda prohibido prestar el servicio en estado de embriaguez o bajo el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	

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

STE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACRO

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 (133282121)
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 **ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **33.645.088** de **SOGAMOSO** cumplió satisfactoriamente 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	08	2020	PAGO No.	AGOSTO
	AL	30	08	2020	04	AGOSTO

Para constancia se firma en **SOGAMOSO** a los **01** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

[Firma manuscrita del Supervisor]
Firma Supervisor
LUIS ALBERTO LEON MEJIA
REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

CONTRATISTA

[Firma manuscrita del Contratista]
Firma Contratista
ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ
Cedula de Ciudadania No
33.645.088 DE SOGAMOSO

STE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACRO

Pagina 4

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 (133282121)
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 33645088		SANCHEZ HERNANDEZ ZULIA YENITSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 17 16 68	SOGAMOSO-BOYACA	7719215	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	694924606		9408132751	I	2020/08/25	2020/07/28	0	\$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte			
1	CC 33645088	SANCHEZ ZULIA	231001	30	\$877,803	\$140,500	EP5008	30	\$877,803	\$109,800	0	0	\$0	\$0	14-23	30	\$877,803	\$4,600	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0			
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$4,600			\$0	\$0			\$0	\$0			

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	
TOTAL				1	\$254,900	\$0	\$0	\$254,900	



SEGUROS Y SERVICIOS INTEGRALES JK
NIT. 46.383.940-9

FECHA : Martes 28 de Julio de 2020

TERCERO : 000033645088 : SANCHEZ HERNANDEZ ZULMA YENITSE

RECIBO DE CAJA B No.14427

Documento : C.C No. 33.645.088

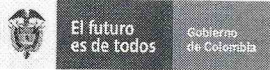
FORMA DE PAGO: Efectivo

CONCEPTO	VALOR	CUENTA	NOMBRE DE CUENTA	DEBITO	CREDITO
Ingreso recibido APORTES EN LI	254,900.00	11050501	Caja General	274,938.00	
Comision del servicio	20,038.00	13050501	Nacionales		20,038.00
		28150502	Valores recibidos Aportes en Li		254,900.00
TOTAL DE COMPROBANTE	274,938.00	PAGO DE JULIO 2020			

ELABORO: MONICA JOHANA RIAÑO PILID

FIRMA DE RECIBIDO: _____

Página No.0001

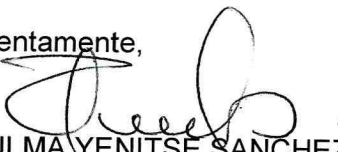
			Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020			

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_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 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 1 días del mes de septiembre de 2020.

Atentamente,

 ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ
 CC.33.645.088 de Aguazul

