

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

30 07 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

NATHALY ANDREA ZORRO MORANTES

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1,057,592,656

DE

SOGAMOSO

TELEFONO DE CONTACTO

320-9912268

FIJO

7751894

EXT.

E-MAIL PERSONAL

NATHZM25@GMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL

NATHALY.ZORRO@SUPERNOTARIADO.GOV.CO

BANCO

DAVIVIENDA

No DE CUENTA

186070423428

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 13.631.000,00

No

Año

507

DE

2020

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

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

LUIS ALBERTO LEON MEJIA

CARGO DEL SUPERVISOR

REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

CDP No.

56820

CRP No.

177920

FECHA APROBACION

POLIZA

Día Mes Año

20 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
20 05 2020

TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO

MESES DIAS
6 26

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 07 2020
AL 30 07 2020

PAGO No. No DIAS

03

30

100%

MES A COBRAR

JULIO

JULIO

COBRA CON FACTURA

No de factura

NO



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

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑIA DE SALUD (EPS)	\$ 109.800	NUEVA EPS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	\$ 140.500	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR 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.	9407798898

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 13.631.000,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01	VALOR DEL PAGO \$ 578.700,00	\$ 578.700,00	\$ 13.052.300,00
PAGO 02	02	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 2.507.700,00	\$ 11.123.300,00
PAGO 03	03	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 4.436.700,00	\$ 9.194.300,00
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	PAGO No.
DEL	01 07 2020		JULIO
AL	30 07 2020	03	JULIO

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 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 Carta 21.58 cm x 27.94 cm
Izg. 0.8 cm Derecha 0.8 cm tamaño a 79%
Enc. 0.8 cm F. de pag. 0.8 cm

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 - PBX (312)224151
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

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 relación 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 trabas. 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.

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. 14 cm

Inferior 14 cm

Carta 21.58 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
Código 28 No. 1348-Int. 2011-PB-R (183262121)
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**

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente periodo, se deja constancia que el (la) contratista **NATHALY ANDREA ZORRO MORANTES** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1,057,592,656** de **SOGAMOSO** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **507** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.
del CRP No. **177920** 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	07	2020	PAGO No.	JULIO
	AL	30	07	2020	03	JULIO

Para constancia se firma en **SOGAMOSO** a los **30** días del mes de **JULIO** de **2020**

[Firma manuscrita]

Firma Supervisor
LUIS ALBERTO LEON MEJIA
REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

[Firma manuscrita]

Firma Contratista
NATHALY ANDREA ZORRO MORANTES
Cedula de Ciudadanía No
1,057,592,656 DE SOGAMOSO



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Nacional Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado de la Ley 171213
CC 103391634		ZONUG MUDRANTES NATALLY ANDREA	INDEPENDIENTE	NACIONAL	CALLE DE N 1418	SOGAMOSO-BOYACA	779213	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

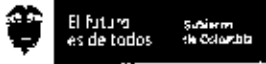
Periodo	Saldo	Pago	Clave	Planilla	Tipa	Fecha	Pago	Planilla	Valor
2020-06	2020-06		940778808	1		2020/07/13			0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALDO				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Apellido	CC	Identificación	Nombres	Apellido	CC	Identificación	Nombres	Apellido	CC	Identificación	Nombres	Apellido	CC	Identificación	Nombres	Apellido	CC	Identificación	Nombres	Apellido	CC
1	CC 103391634	ZONUG NATALLY	ANDREA	303081	30	940778808	1	30	940778808	1	30	940778808	1	30	940778808	1	30	940778808	1	30	940778808	1	30	940778808
TOTAL				Afirmados (1)																				

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230304	800,234,806	8	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)								
NUOVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL				1	\$254,900	\$0	\$0	\$254,900

			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 Cesantías 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 31 dias del mes de Julio de 2020.

Atentamente,

Nathaly Andrea Zorro Morantes
NATHALY ANDREA ZORRO MORANTES

CC.1.057.592.656 de Sogamoso

