

**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

30 10 2020

CONTRATISTA

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

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

No

507

DE

Año

2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$

13.631.000,00

HONORARIO MENSUAL

\$

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.

177920

FECHA APROBACION

POLIZA

Día

Mes

Año

20

05

2020

CIUDAD

SOGAMOSO

DEPARTAMENTO

BOYACA

FECHA / FINALIZACIÓN

CONTRATO

Día

Mes

Año

15

12

2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día

Mes

Año

20

05

2020

TOTAL DE EJECUCIÓN 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

10

2020

PAGO No.

No DÍAS

MES A COBRAR

OCTUBRE

AL

30

10

2020

06

30

100%

OCTUBRE

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%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>



SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
la guarda de la fe pública



El Notario
es de todos

Gobierno
de Colombia

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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	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%
ASEGURADORA DE			
3. RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	9411021203

2.1.1. RELACION DE PAGO

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	04	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 6.365.700,00	\$ 7.265.300,00
PAGO 05	05	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 8.294.700,00	\$ 5.336.300,00
PAGO 06	06	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 10.223.700,00	\$ 3.407.300,00
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		Día	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

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.):

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 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (13282121)
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La gobernanza de la fe pública



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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

OBLIGACIONES

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 traslases. 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.

EVIDENCIAS

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 (113282121)
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 **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				PAGO No.	
PERIODO DE PAGO					
DEL	01	10	2020	06	OCTUBRE
AL	30	10	2020		OCTUBRE

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

SUPERVISOR

Firma Supervisor
LUIS ALBERTO LEON MEJIA
REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

CONTRATISTA

Nathaly Andrea Zorro Morantes

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

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

Página 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 (1) 3282121
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

			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 30 días del mes de OCTUBRE de 2020.

Atentamente,


NATHALY ANDREA ZORRO MORANTES

CC. 1.057.592.656 SOGAMOSO





DATOS GENERALES DEL APORTANTE																								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Secursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENIA e ICBF																
CC 1057392656		ZORRO MORALES NATALLY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 56 n. 4818	SOGAMOSO-BOYACA	7719215	Nb																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																								
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago																
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Banco	Dias Mora	Valor																
2000-09	2000-09		9411021303		2000/10/14		0																	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte		
1	CC	1057392656	ZORRO NATALLY	200001	30	\$877,803	\$140,530	EF037	35	\$877,803	\$109,200	0	\$0	\$4,680	0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0			
Total		Afiliados(2)			\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$0	\$4,680		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0				

COPIED

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDO SE	VALOR A PAGAR
							INCAPACIDADES	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	850,011,153	6	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
NUOVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL				1	\$243,900	\$0	\$0	\$243,900