| 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 14 | Mes 12 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | SOR LILIANA PALACIO MEJIA | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 43.589.098 | DE | MEDELLIN | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 301-6931104 | FIJO | 3851003 | EXT. | 2249 | | |
| E-MAIL PERSONAL | lilo_palacio@hotmail.com | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | sor.palacio@supernotariado.gov.co | | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 2146399293 | C.A. | X | C.C. | |

| CONTRATO ACTUAL No | DE Año | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | HONORARIO MENSUAL |
|---|---|---|---|
| 485 | 2020 | $ 13.374.400,00 | $ 1.929.000,00 |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO de apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las líneas de producción bajo los lineamientos del programa de gestión documental de la SNR. Para la recepción, alistamiento, organización, digitalización, tipificación, control de calidad y disposición en unidades de conservación de los documentos misionales

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 56820 | CRP No. | 181820 |
| FECHA CDP | 27/02/2020 | FECHA CRP | 19/05/2020 |

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 19 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MEDELLIN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

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

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 20 | Mes 05 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 6 | DIAS 28

ADICION Y/O PRORROGA

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

CDP No. | CRP No.

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

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 964.500,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 964.500,00

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

| | Dia | Mes | Año | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 12 | 2020 | PAGO No. | No DÍAS | | DICIEMBRE |
| AL | 15 | 12 | 2020 | 08 | 15 | 50% | DICIEMBRE |



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%
FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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) | $ | 51.800 | EPS SURA | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | $ | 66.250 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | $ | 2.200 | ARP SURA | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ | 120.250 | PLANILLA DE PAGO No. | 1033903566 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | $ 13.374.400,00 | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 707.300,00 | $ 707.300,00 | $ 12.667.100,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 2.636.300,00 | $ 10.738.100,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 4.565.300,00 | $ 8.809.100,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 6.494.300,00 | $ 6.880.100,00 |
| PAGO 05 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 8.423.300,00 | $ 4.951.100,00 |
| PAGO 06 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 10.352.300,00 | $ 3.022.100,00 |
| PAGO 07 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 12.281.300,00 | $ 1.093.100,00 |
| PAGO 08 | VALOR DEL PAGO | $ 964.500,00 | $ 13.245.800,00 | $ 128.600,00 |
| 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 | 12 | 2020 | | DICIEMBRE |
| | AL | 15 | 12 | 2020 | 08 | DICIEMBRE |

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| A. Proceso en línea de producción del SGD.<br>B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR. | A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados.<br>B. Se procedió a hacer apoyo en el área de SEGUNDA DIGITALIZACION con 69 relaciones con un promedio de 1242 turnos.<br>C. Se procedió a DIGITALIZAR 734 embargos, 631 notas devolutivas, 57 pertenencias y 12 mayores valores. |

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS<br>E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno.<br>F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP<br>G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes. | |

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



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

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 60 Años — 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

## 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 **SOR LILIANA PALACIO MEJIA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **43.589.098** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **485** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **181820** CDP No **56820**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 964.500,00**

**Valor en letras:** **NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 120.250,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 01 | 12 | 2020 | **PAGO No.** | **DICIEMBRE** |
| | **AL** | 15 | 12 | 2020 | **08** | **DICIEMBRE** |

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **14** días del mes de **DICIEMBRE** de **2020**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
SOR LILIANA PALACIO MEJIA
**Cedula de Ciudadania No**
43.589.098 **DE** MEDELLIN

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-12-10, 12:14:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033903566

**Periodo Cotización:** noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8807827760

**PAGADO 10/12/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SOR LILIANA PALACIO MEJIA | | |
| **Documento** | CC43589098 | **Dirección** | CARRERA 81 # 19-15 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3016931104 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 43589098 | SOR LILIANA PALACIO MEJIA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 877.803 | $ 109.800 | 0,522 | $ 877.803 | $ 4.600 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 254.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 4.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 254.900 | $ 0 | $ 254.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

## 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: S ___ 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___ NO X,
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 15 días del mes de 12 de 2020.

Atentamente,

Nombre y Firma

CC. 43.589.098