| | | |
|---|---|---|
| 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. 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 | PAULA ANDREA MONTOYA ATEHORTA | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 1.152.434.434 | DE | MEDELLIN | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 304-3791232 | FIJO | 3851000 | EXT. | 2249 | | |
| E-MAIL PERSONAL | paulamonta9006@gmail.com | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | paula.montoya@supernotariado.gov.co | | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 54059023007 | C.A. | X | C.C. | |

CONTRATO ACTUAL: No 483 DE Año 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

HONORARIO MENSUAL: $ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al 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 en la ORIP MEDELLIN SUR.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 56820 | CRP No. | 164320 |
| FECHA CDP | 27/02/2020 | FECHA CRP | 8/05/2020 |

FECHA APROBACION POLIZA: Día 08 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MEDELLIN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

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

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 11 | Mes 05 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 7 | DIAS 6

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: $ 964.500,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 964.500,00

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 12 | 2020 | | | | |
| AL | 15 | 12 | 2020 | 08 | 15 | 50% | DICIEMBRE |




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 SANITAS SA | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | $ | 66.250 | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | $ | 2.200 | ARP SURA | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ | 120.250 | PLANILLA DE PAGO No. | 803223559 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.286.000,00 | $ 1.286.000,00 | $ 12.860.000,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 3.215.000,00 | $ 10.931.000,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 5.144.000,00 | $ 9.002.000,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 7.073.000,00 | $ 7.073.000,00 |
| PAGO 05 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 9.002.000,00 | $ 5.144.000,00 |
| PAGO 06 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 10.931.000,00 | $ 3.215.000,00 |
| PAGO 07 | VALOR DEL PAGO | $ 1.929.000,00 | $ 12.860.000,00 | $ 1.286.000,00 |
| PAGO 08 | VALOR DEL PAGO | $ 964.500,00 | $ 13.824.500,00 | $ 321.500,00 |
| 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.<br>C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes. | 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 prestar apoyo en el área de alistamiento en 910 documentos de 8193.<br>C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 910 de un total de 8193. |

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| . 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. | D. El número de carpetas diligenciadas durante el periodo fue de 186 de un total de 3945. |

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



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

## 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 **PAULA ANDREA MONTOYA ATEHORTA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.152.434.434** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **483** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **164320** 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**
PAULA ANDREA MONTOYA ATEHORTA
**Cedula de Ciudadania No**
1.152.434.434 **DE** MEDELLIN



**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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

## DATOS GENERALES

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1152434434- | PAULA ANDREA MONTOYA ATEHORTUA | U ☑ C ☐ S ☐ D ☐ | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2020 | 11 | 2020 | 4672404 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☐ | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARRERA 39 N 59- A 42 2 PISO | MEDELLÍN | 5001 | ANTIOQUIA | 5 | 5085677 | | paulamonta9006@gmail.com | 7490 | 0 | 1 | 2020/11/18 | 803223559 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440-6 | 109.800 | 0 | | 0 | | 0 | 109.800 | 0 | 0 | 0 | 109.800 | 0 | | 0 | 0 | 109.800 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800229739-0 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 140.500 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 4.600 | | 0 | 0 | 4.600 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 4.600 | | 0 | 46 | 4.600 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,ILMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 140.500 | 140.500 |
| SALUD | 109.800 | 109.800 |
| RIESGOS LABORALES | 4.600 | 4.600 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 254.900 | 254.900 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUSTPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1152434434 | MONTOYA ATEHORTUA PAULA ANDREA | EPS005 | 230201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 877.803 | 877.803 | 0 | 877.803 | 0 | | | 140.500 | 0 | 0 | 109.800 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

## 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___ 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 diciembre de 2020.

Atentamente,

Nombre y Firma

CC. 1.152.434.434.