SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guardián de la fe pública

El futuro es de todos

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 01 | Mes 03 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA: ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 33.645.088 DE: AGUAZUL

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: 912 DE Año: 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 8.590.480,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.986.870,00

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 DE LOS

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: LUIS ALBERTO LEON MEJIA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

CDP No.: 29421 CRP No.: 29421

FECHA CRP: 2/01/2021 FECHA CRP: 2/01/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 21 | Mes 12 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: SOGAMOSO

DEPARTAMENTO: BOYACA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 30 | Mes 04 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 21 | Mes 12 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 4 DIAS 10

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: $ 1.986.870,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.986.870,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	02	2021	PAGO No.	No DÍAS		FEBRERO
AL	28	02	2021	03	30	100%	FEBRERO

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. 13A-49 PBX 3282121
Bogotá D.C. - Colombia
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)	113600	COMPENSAR EPS	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	145400	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	4800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 263.800	PLANILLA DE PAGO No.	94160030650

2.1.1. RELACION DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 8.590.480,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 643.000,00	$ 643.000,00	$ 7.947.480,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.986.870,00	$ 2.629.870,00	$ 5.960.610,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.986.870,00	$ 4.616.740,00	$ 3.973.740,00
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	02	2021		FEBRERO
AL	28	02	2021	03	FEBRERO

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 le determine, los Documentos requeridos para el inicio del contrato. 2. Constituir la garantia unica par su posterior aprobacion por la Superintendencia dentro de los 3 dias siguientes a la suscripcion del contraro por la plataforma SECOP II. 3, Acreditar encontrarse al dia en la afiliacion 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 suscripcion del acta de inicio, el contratista debera acreditar encontrarse afiliado a una administradora de riesgos laborales (A.R.L.):	

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
su afiliacion se entendera activa el dia siguiente de dicha afiliacion. 5. Suscribir conjuntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y legalizacion del contato y remitirla a la direccion de contratacion de la SNR. 6. Para efectos del pago mensual de honorarios el contratista debera presentar: impresion 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 exepciones legalmente establecidas, el formato infome de supervision de cumplimiento del contrato prestacion de servcios aprobado por el supervisor del contrato, formato de retencion en la fuente y cargarv las evidencias de la ejecucion del contrato en la plataforma SECOP II. 7. Sin perjuicio de la autonomia tecnica 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 trasbas. 9. Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecucion 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 actuen por fuera de la ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algun acto o hecho, informando inmediatamente a la Superintendencia de Notariado y Registro y demas autoridades competentes cuando se presenten tales circunstancias. 12. Cumplir con los demas deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato. 13. Queda prohibido prestar el servicio en estado de embriagues o bajo el consumo de sustancias psicoactivas.	1. Digitalizar los turnos que ingresan. 2. Digitalizar salidas de los turnos. 3. Archivar 4. realizar control de calidad a los turnos que salen. 5. foliar los documentos que quedan en el atchivo de registro. 6. Finalizar en iris los turnos. 7. preparar o alistar proceso misional. 8. identificar las nuevas entradas. 9.Organizar por turnos los documentos para su respectiva digitalizacion. 10. revisar que la digitalizacion de los documentos queden de acuerdo con el proceso.

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

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO		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 **ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **33.645.088** de **AGUAZUL** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **912** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **29421** CDP No **29421**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.986.870,00**

Valor en letras: UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS CON 00 CTVOS

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	02	2021	PAGO No.	FEBRERO
	AL	28	02	2021	03	FEBRERO

Para constancia se firma en SOGAMOSO a los 01 días del mes de MARZO de 2021

SUPERVISOR

Firma Supervisor
LUIS ALBERTO LEON MEJIA
REGISTRADOR SECCIONAL ORIP SOGAMOSO

CONTRATISTA

Firma Contratista
ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ
Cedula de Ciudadania No
33.645.088 DE AGUAZUL

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

SEGUROS Y SERVICIOS INTEGRALES JK
NIT. 46.383.940-9

FECHA : Sabado 27 de Febrero de 2021

RECIBO DE CAJA B No.655

TERCERO : 000033645088 : SANCHEZ HERNANDEZ ZULMA YENITSE

Documento : C.C No. 33.645.088 **FORMA DE PAGO:** Efectivo

CONCEPTO	VALOR	CUENTA	NOMBRE DE CUENTA	DEBITO	CREDITO
Ingreso recibido APORTES EN L	263,800.00	11050501	Caja General	285,955.00	
Comision del servicio	22,155.00	13050501	Nacionales		22,155.00
		28150502	Valores recibidos Aportes en Li		263,800.00
TOTAL DE COMPROBANTE	**285,955.00**	PAGO DE ENERO 2021			

PAGADO

Calle 12 N6 11-40

ELABORO: MONICA JOHANA RIAÑO PILID **FIRMA DE RECIBIDO:** _____

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33645088		SANCHEZ HERNANDEZ ZULMA YENITSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 17 16 68	SOGAMOSO-BOYACA	7719215	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	906504253	9416030650	1	2021/02/19	2021/03/01	BANCO CAJA SOCIAL	10	$263,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 33645088	SANCHEZ ZULMA	231001	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$4,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$4,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$263,800	$0	$0	$263,800

PAGADO

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

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 Económico: SI___ NO_X__ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, 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. Crédito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 1 días del mes de Marzo de 2021.

Atentamente,

ZULMA YENITSE SANCHEZ HERNANDEZ
CC: 33.645.088 de aguazul