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. Minimo 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 18 | Mes 12 | Año yyyy

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	EDUAR JOSE SANTOS PERALTA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.073.823.810	DE	SAN PELAYO				
TELEFONO DE CONTACTO	300-8910587	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	eduarjose2293@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	eduard.santos@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	91216998893	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL

No	DE	Año
1047		2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 18.475.000,00

HONORARIO MENSUAL: $ 3.695.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B, PARA LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DE LOS PROCESOS QUE ADELANTA LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCIÓN, RESTITUCIÓN Y FORMALIZACIÓN DE TIERRAS A NIVEL NACIONAL.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: ANDREA CATERINE MORA SILVA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 20

CDP No.	104721	CRP No.	439021
FECHA CDP	19/07/2021	FECHA CRP	29/07/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 29 | Mes 07 | Año 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTÁ

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 15 | Mes 12 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 30 | Mes 07 | Año 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 4 | DIAS 16

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: $ 1.847.500,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.847.500,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año			
DEL	01	12	2021	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR
AL	15	12	2021	06	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)	$ 92.400	MUTUALSER	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 118.250	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 3.900	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 214.550**	PLANILLA DE PAGO No.	**4422167472**

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
		$ 18.475.000,00		
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 123.166,00	$ 123.166,00	$ 18.351.834,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.685.000,00	$ 3.808.166,00	$ 14.666.834,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3.685.000,00	$ 7.493.166,00	$ 10.981.834,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 3.685.000,00	$ 11.178.166,00	$ 7.296.834,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 3.685.000,00	$ 14.863.166,00	$ 3.611.834,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 1.847.500,00	$ 16.710.666,00	$ 1.764.334,00
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	12	2021		DICIEMBRE
	AL	15	12	2021	06	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar la incorporación al folio de matrícula inmobiliaria de la información consignada en los libros del antiguo sistema, registrar avances en el programa sas (seguimiento antiguo sistema), o en el aplicativo dispuesto para tal fin, mediando la respectiva comisión de servicios a las oficinas de registro de instrumentos públicos priorizadas o mediante la revisión de la información digitalizada.	Durante el periodo del 01 al 15 de Diembre mis actividades realizadas fueron:

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
2. Efectuar la búsqueda, análisis y traslado de la información registral del antiguo sistema al sistema de información registral de conformidad con los parámetros dados por el grupo de interoperabilidad registró catastro multipropósito, mediando la respectiva comisión de servicios a las oficinas de registro de instrumentos públicos priorizadas o mediante la revisión de la información digitalizada. 3. Dar apertura a los folios de matrícula inmobiliaria cuyo origen sea de pleno dominio, mediando la respectiva comisión de servicios a las oficinas de registro de instrumentos públicos priorizadas, y con base a la información consignada en los libros de antiguo sistema o mediante la revisión de la información digitalizada 4. Presentar el acta de cierre parcial, o el acta de cierre final, según corresponda una vez culminada la respectiva comisión de servicios a las oficinas de registro de instrumentos públicos priorizadas. 5. Proyectar respuesta a derechos de petición, solicitudes y consultas referentes a los asuntos propios de la interoperabilidad registro – catastro. 6. Proyectar circulares e instrucciones administrativas en los temas de libros de antiguo sistema e interrelación registro – catastro. 7. Apoyar las actividades desarrolladas en virtud de la interrelación registro – catastro 8. Apoyar las actividades propias de la implementación del catastro multipropósito, permitiendo el acceso a la información que se requiera y la calificación de los actos generados en virtud de tal actividad	1. Actualización de base de dato folios de matrícula inmobiliaria del departamento de Boyacá, incorporándole la variable de datos de antiguo sistema y fecha de apertura sistema con 611 registros.

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

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 **EDUAR JOSE SANTOS PERALTA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.073.823.810** de **SAN PELAYO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1047** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **439021** CDP No **104721**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.847.500,00**

Valor en letras: **UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 214.550,00** 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	2021	**PAGO No.**	**DICIEMBRE**
	AL	15	12	2021	**06**	**DICIEMBRE**

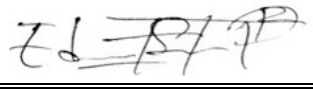
Para constancia se firma en **BOGOTÁ** a los **18** días del mes de **18/12/YYYY** de **yyyy**

SUPERVISOR



Firma Supervisor
ANDREA CATERINE MORA SILVA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 20

CONTRATISTA



Firma Contratista
EDUAR JOSE SANTOS PERALTA
Cedula de Ciudadania No
1.073.823.810 **DE** SAN PELAYO

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 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 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 16 días del mes de Diciembre de 2021.

Atentamente,



EDUAR JOSE SANTOS PERALTA

CC. 1.073.823.810

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1073823810
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDUAR JOSE SANTOS PERALTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN PELAYO	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL14 N8B-38 B/ CRISTO REY	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4422167472**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/12/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9998054430

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 236.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.500	$ 0	$ 236.500
SUBTOTALES:										**$ 236.500**	**$ 0**	**$ 236.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 184.800
SUBTOTALES:													**$ 184.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 184.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:									**$ 7.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1073823810	SANTOS PERALTA EDUAR JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.478.000				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.478.000	$ 236.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 1.478.000	$ 184.800	$ 0	$ 184.800

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.478.000	107382381	$ 7.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 429.100**

Planilla Pagada