SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
			Versión: 02
			Fecha: 10 / 01 / 2018

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN

día	Mes	año
02	05	2019

CONTRATISTA	ALFONSO JAVIER FERNÁNDEZ TORNÉ					
CEDULA DE CIUDADANÍA No.	72.192.753	DE	BARRANQUILLA			
TELÉFONOS DE CONTACTO	301-3128216		FIJO		EXT.	
E-MAIL PERSONAL	ajft26@gmail.com					
E-MAIL INSTITUCIONAL	alfonso.fernandez@supernotariado.gov.co					
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	570026770018013	C.A.	X	C.C.

CONTRATO ACTUAL No	DE	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGO MENSUAL
594	2019	$ 35.625.200,00	$ 3.447.600,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B, para los servicios requeridos en las actividades financieras y administrativas de los procesos y procedimientos referentes a la Dirección Regional Caribe brindando apoyo y acompañamiento necesario.

SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARLY ESTRADA LADRÓN DE GUEVARA
CARGO DEL SUPERVISOR	DIRECTORA REGIONAL CARIBE

CDP No.	34519	CRP No.	116119

LUGAR DE EJECUCIÓN

CIUDAD	BARRANQUILLA
DEPARTAMENTO	ATLÁNTICO

PLAZO DE EJECUCIÓN

Día	Mes	Año
31	12	2019

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
25	02	2019

MESES Y DÍAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DÍAS
10	6

FECHA APROBACIÓN PÓLIZA

Día	Mes	Año
25	02	2019

ADICIÓN Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año	TIEMPO	VALOR
			30 días	$ 3.447.600,00

VALOR A PAGAR	$ 3.447.600,00	FACTURA	Si	No	No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	04	2019
AL	30	04	2019

PAGO No. 4 — ABRIL — ABRIL

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pensión y ARP

Formato para ajustar documento					
	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 80%
	Enc.	0.8 cm	P. de pag.	0.8 cm	

10

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

Señor contratista tenga en cuenta que es su obligación afiliarse a la protección de la seguridad y la salud.

	PLANILLA DE PAGO No.	SALUD (12,5%)	PENSIÓN (16%)	ARL	MES
1.	7718443953				
2.		$ 172.600	$ 220.900	$ 7.300	MARZO

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 35.625.200,00

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	$ 689.520,00	$ 689.520,00	**$ 34.935.680,00**
PAGO No.	2	$ 2.873.000,00	$ 3.562.520,00	**$ 32.062.680,00**
PAGO No.	3	$ 574.600,00	$ 4.137.120,00	**$ 31.488.080,00**
PAGO No.	4	$ 3.447.600,00	$ 7.584.720,00	**$ 28.040.480,00**
PAGO No.				
PAGO No.				
PAGO No.				
PAGO No.				
PAGO No.				
PAGO No.				
PAGO No.				
PAGO No.				

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	04	2019		ABRIL
	AL	30	04	2019	4	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
Cumplir con las pautas señaladas por la Superintendencia de Notariado y Registro para Prestación de Servicio objeto del presente contrato a través de la supervisión de la Dirección Regional Caribe.	Seguimiento auditoria financiera a la ofic Barranquilla mes de agosto 2018. Se entregó al Coordinador el informe del resultado de la revisión individual de los registros del mes de agosto 2018 (1.021 Regs) con la información suministrada en los extractos bancarios correspondientes.

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pensión y ARP

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 documento — 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 80%

FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el o (la) contratista **ALFONSO JAVIER FERNÁNDEZ TORNÉ** identificada (o) con cedula de ciudadanía No **72.192.753** de **BARRANQUILLA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **594** de **2019** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

La o (el) contratista cumplió con las operaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la ley 789 de 2002 modificada por la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012.

Se autoriza el pago por la suma de: **$ 3.447.600,00**

del CRP No. **116119** CDP No **34519**

Valor en letras: **TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS CON 00 CTVO.**

OBSERVACIONES

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	04	2019		ABRIL
	AL	30	04	2019	4	ABRIL

Para constancia se firma en **Barranquilla D.E.I.P.** a los **2** días del mes de **mayo** de **2019**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARLY ESTRADA DE LADRÓN DE GUEVARA
DIRECTORA REGIONAL CARIBE

Revisado por: YAJAIRA CRISTINA MENDOZA QUIROZ

CONTRATISTA

Firma Contratista
ALFONSO JAVIER FERNÁNDEZ TORNÉ
Cedula de Ciudadanía No
72.192.753 **DE** BARRANQUILLA

Anexos
* Copia pago a los sistemas de salud, pensión y ARP

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

Barraquilla, 02 de Mayo 2019.

CUENTA DE COBRO

LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
NIT. 899.999.007-0

Debe a:
ALFONSO JAVIER FERNANDEZ TORNE
C.C. 72.192.753 DE BARRANQUILLA

La suma de Tres millones Cuatrocientos Cuarenta y Siete Mil Seiscientos Pesos con 00 ctvos **($3.447.600.oo),** por concepto de treinta (30) días laborados del contrato Nº 594 de 2019.

Del período comprendido entre el 01 de Abril al 30 de Abril del 2019.

Los aportes a la seguridad social por los ingresos materia de facturación, fueron efectuados mediante planilla(s) número(s) de referencia: 7718443953 de fecha 12 de Abril 2019.

Los datos bancarios para el pago son los siguientes:

ENTIDAD FINANCIERA: DAVIVIENDA

TIPO DE CUENTA: AHORROS __X__ CORRIENTE ____

NUMERO DE CUENTA: 0570026770018013

Teléfonos de contacto: celular: 3013128216
Correo electrónico: alfonso.fernandez@supernotariado.gov.co

ALFONSO JAVIER FERNANDEZ TORNE
C.C. DE 72.192.753 DE BARRANQUILLA

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

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", vigencia desde 01 de marzo del año 2017, 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 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI _X_ NO. ____
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI_X NO ____
4. Dependiente Economico: SI___ NO _X_ (parágrafo 2 del art 387 del E.T)
   Adjunto Certificado expedida por Contador Publico. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).
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_
7. Credito de Vivienda SI ___ NO _X_

En constancia de lo anterior, se firma a los dos (02) dias del mes Mayo de 2019.

Atentamente,

ALFONSO JAVIER FERNANDEZ TORNE
C.C 72.192.753 Barranquilla.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72192753
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALFONSO JAVIER FERNANDEZ TORNE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3B TV. 3B 275 TORRE 4	TELÉFONO:	3012288
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de desarrollo de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7718443953**	TIPO DE PLANILLA:	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:	AÑO:	2019	
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	435465356		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 220.900
SUBTOTAL:			1	**$ 220.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 172.600
SUBTOTAL:			1	**$ 172.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.300
SUBTOTAL:			1	**$ 7.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 400.800**