

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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

día Mes año

30 04 2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1.010.222.877

DE

BOGOTA

TELEFONOS DE CONTACTO

301-6388680

FUJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

fabian.betancourt1720@gmail.com

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO

BANCO FALABELLA

No DE CUENTA

116060057307

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL No

179

DE

2019

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 11.122.200,00

PAGO MENSUAL

\$ 1.853.700,00

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 en Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos. - ORIP BTA CENTRO.

SUPERVISOR DEL CONTRATO

JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.

8119

CRP No.

51819

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTA

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

PLAZO DE EJECUCION

Día Mes Año

23 07 2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

01 02 2019

MESES Y DIAS DE
EJECUCION DEL
CONTRATO

MESES

DIAS

6

FECHA APROBACION POLIZA

Día Mes Año

01 02 2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año

TIEMPO

VALOR

VALOR A PAGAR

\$ 1.853.700,00

Si

No

No de factura

FACTURA

PERIODO DE PAGO

Día Mes Año

DEL 01 04 2019

AL 30 04 2019

PAGO No.

ABRIL

ABRIL

Anexos

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

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%

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

Página

1

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

2. OBLIGACION 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	PENSION	ARL	MES
1.	1020291422	(12,5%)	(16%)		
2.		\$ 103.600	\$ 132.500	\$ 4.400	MARZO

2.1.1. RELACION DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 11.122.200,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No. ↓	1	VALOR DEL PAGO \$ 1.853.700,00	\$ 1.853.700,00	\$ 9.268.500,00
PAGO No. ↓	2	VALOR DEL PAGO \$ 1.853.700,00	\$ 3.707.400,00	\$ 7.414.800,00
PAGO No. ↓	3	VALOR DEL PAGO \$ 1.853.700,00	\$ 5.561.100,00	\$ 5.561.100,00
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO No. ↓		VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL		01	04	2019		ABRIL
AL		30	04	2019	3	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>EJECUCION: EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CONTENIDAS DE LA CLAUSULA PRIMERA EL CONTRATO ARRIBA MENCIONADO, EL CONTRATISTA PRESENTO EL INFORME MENSUAL CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CANCELAR, LAS CUALES SE RESUMEN A CONTINUACION:</p> <p>EL CONTRATISTA SE OBLIGA A PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO TECNICO LIDER PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA LAS LINEAS DE PRODUCCION</p> <p>JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA COORDINADORA ADMINISTRATIVA ORIP CENTRO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA ARRIBA MENCIONADO HA CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES CONTEMPLADAS EN EL OBJETO DEL CONTRATO DE LA REFERENCIA. EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, EMITO EL PRESENTE VISTO BUENO PARA QUE SE PROCEDA A EFECTUAR EL PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO CONSISTENTE EN LA SUMA DE UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS (\$1.853.700)</p>	<p>- Recepción de documentos por parte de Línea de Producción, llevando a cabo una supervisión de documento por documento-</p> <p>- Organización idónea de los documentos de la Oficina de Registro Zona Centro Bogotá en el respectivo casillero del abogado.</p> <p>- Alistar los turnos calificados en sus respectivas relaciones que están listo para anexar sus formularios.</p> <p>- Anexos de certificados de tradición y formularios de calificación a escrituras públicas, oficios, embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de los más relevantes.</p> <p>- Los días martes y jueves: usuarios que tienen inconvenientes con los documentos son remitidos a la recepción del Despacho y allí la persona encargada nos solicita el debido proceso para darle solución al caso.</p>

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension 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	

Página 2

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension 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	

**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 periodo, se deja constancia que el o (la) contratista **FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN** identificada (o) con cedula de ciudadanía No **1.010.222.877** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **179** 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: \$ **1.853.700,00**

del CRP No. **51819** CDP No **8119**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	04	2019
AL	30	4	2019

PAGO No.

3

ABRIL

ABRIL

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **ABRIL** de **2019**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

JACKELINE ROCIO GOMEZ ESPITIA
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN

Cedula de Ciudadania No

1.010.222.877 DE BOGOTA

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension 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	

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Número Planilla: 1020291422

Fecha creación reporte: 2019-04-09, 09:05:33 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: marzo de 2019

Período Servicio: marzo de 2019

PAGADO 09/04/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN
Documento	CC1010222877
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CRA 2 A # 20 - 114
Teléfono	3016388680
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

II. DETALLE DEL AFILIADO			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Salario Cotización	Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
				NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	Administradora	IBCF Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBCF Salud	Aporte Salud	Terre	IBCF Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBCF Cajas	Aporte Cajas	Administradora	IBCF ESAP	Aporte ESAP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
CC 1010222877	FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN	59	00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

III. TOTALES

IBCF Pensión	\$ 628.116	IBCF Salud	\$ 828.116	IBCF Cajas	\$ 0.00	Aportes Pensión	\$ 132.500	Aportes Salud	\$ 103.800	Aportes Riesgos	\$ 4.400	Aportes Cajas	\$ 0.00	Aportes Sana	\$ 0.00	Aportes ICBF	\$ 0.00	Aportes ESAP	\$ 0.00	Aportes Min Educación	\$ 0.00	Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor EPS	\$ 0.00	Incapacidades, ARF	\$ 0.00	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 240.500	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0.00	TOTAL FINAL	\$ 240.500
--------------	------------	------------	------------	------------	---------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	----------	---------------	---------	--------------	---------	--------------	---------	--------------	---------	-----------------------	---------	---	---------	--------------------	---------	--------------------------------	------------	-------------------------	---------	-------------	------------

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>al servicio de la ley pública</small>	 MINJUSTICIA	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>CONSEJO DE ESTADOS</small>	Código: GF – GP – PR – 07 – FR – 02
			Versión: 01
			Fecha: 13 / 03 / 2017
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019			

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. **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 2018 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 E.T)
- Adjunto Certificado expedida por Contador Público. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___ NO X
 6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO X.
 7. Crédito de Vivienda SI___ NO X.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes Abril de 2019.

Atentamente,




Bogotá D.C. - Colombia <http://www.supernotariado.gov.co>

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21