SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
			Versión: 02
			Fecha: 10 / 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	Mes	año
24	10	2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JUAN DAVID RUIZ ALARCON						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.128.403.194	**DE**	MEDELLIN				
TELEFONOS DE CONTACTO	318-8774593	000-5083011	**FIJO**	3851000	**EXT.**	2271	
E-MAIL PERSONAL	jd.ruizalarcon@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	juand.ruiz@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	27514426754	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 16.497.930,00**
67	**DE 2019**	**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 (Medellín Sur)

SUPERVISOR DEL CONTRATO	PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	**52019**	**CRP No.**	**402819**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	MEDELLIN
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
27	07	2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
28	01	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
6	

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
26	01	2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año	TIEMPO	VALOR
28	7	2019	02 meses 27 dias	$ 5.375.730,00

VALOR A PAGAR **$ 1.482.960,00**

FACTURA

Si	No	No de factura
	X	

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año		
DEL	01	10	2019	**PAGO No.**	**OCTUBRE**
AL	24	10	2019	11	**OCTUBRE**

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	

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

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%)	PENSION (16%)	ARL	MES
1.	41795183				
2.	41795183	$ 103.600	$ 132.500	$ 4.400	SEPTIEMBRE

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 16.497.930,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	VALOR DEL PAGO $ 185.370,00	$ 185.370,00	$ 16.312.560,00
PAGO No.	2	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 2.039.070,00	$ 14.458.860,00
PAGO No.	3	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 3.892.770,00	$ 12.605.160,00
PAGO No.	4	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 5.746.470,00	$ 10.751.460,00
PAGO No.	5	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 7.600.170,00	$ 8.897.760,00
PAGO No.	6	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 9.453.870,00	$ 7.044.060,00
PAGO No.	7	VALOR DEL PAGO $ 1.668.330,00	$ 11.122.200,00	$ 5.375.730,00
PAGO No.	8	VALOR DEL PAGO $ 185.370,00	$ 11.307.570,00	$ 5.190.360,00
PAGO No.	9	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 13.161.270,00	$ 3.336.660,00
PAGO No.	10	VALOR DEL PAGO $ 1.853.700,00	$ 15.014.970,00	$ 1.482.960,00
PAGO No.	11	VALOR DEL PAGO $ 1.482.960,00	$ 16.497.930,00	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO	$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO	$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	10	2019		OCTUBRE
AL	24	10	2019	11	OCTUBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
A. Proceso en línea de producción del SGD. B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR. C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes	A. Archivo de carpetas, anexando certificado de calificación y tipificación de carpetas. Custodia archivo temporal. Prestamos carpetas a bogados y la coordinación jurídica que lo requiera. Entrega de carpetas a ventanilla de entrega Total documentos ingresados en el mes fueron de : 8991

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno. F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes.	

NOTA: Sí 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	

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 periodo, se deja constancia que el o (la) contratista **JUAN DAVID RUIZ ALARCON** identificada (o) con cedula de ciudadania No **1.128.403.194** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **67** de **2019** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

La o (el) contartista 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: **$ 1.482.960,00**

del CRP No. **402819** CDP No **52019**

Valor en letras: **UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	10	2019	**PAGO No.**	**OCTUBRE**
	AL	24	10	2019	11	**OCTUBRE**

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **24** días del mes de **OCTUBRE** de **2019**

SUPERVISOR

OFICINA DE REGISTRO DE T.PP.
COORDINACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA

Paula Valencia

Firma Supervisor
PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Juan David Ruiz Alarcon

Firma Contratista
JUAN DAVID RUIZ ALARCON
Cedula de Ciudadania No
1.128.403.194 **DE** MEDELLIN

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			

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

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-10-05, 10:58:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 41795183

Periodo Cotización: septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** septiembre de 2019

PAGADO 05/10/2019 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN DAVID RUIZ ALARCON		
Documento	CC1128403194	**Dirección**	CR 46 No 90-64 INT 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5728169
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1128403194	JUAN DAVID RUIZ ALARCON	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 103.600	0,522	$ 828.116	$ 4.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 240.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 828.116	$ 828.116	$ 828.116	$ 0	$ 132.500	$ 103.600	$ 4.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 240.500	$ 0	$ 240.500

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

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 NO X
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___NO X
4. Dependiente Economico: SI X NO___(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. Credito de Vivienda SI___NO X.

En constancia de lo anterior, se firma a los 24 del mes Octubre de 2019.

Atentamente,

Nombre Contratista

C.C