	PROCESO: GESTIÓN PRESUPUESTO	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
SNR	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Versión: 02
	FORMATO: INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO	Fecha: 06-02-2019

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

Dia	Mes	Año
20	12	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA DANIEL ENRIQUE CASTRO ARIZA **1/13/2020**

CEDULA DE CIUDADANIA No. 80,083,034 **DE** BOGOTA

TELEFONO DE CONTACTO 315-7673898 **FIJO** **EXT.**

E-MAIL PERSONAL DANCAS001@HOTMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL DANIEL.CASTRO@SUPERNOTARIADO.GOV.CO

BANCO COLPATRIA **No DE CUENTA** 122437183 **C.A.** X **C.C.**

CONTRATO ACTUAL

No		Año
412	DE	2019

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 21,051,900.00

HONORARIO MENSUAL $ 2,339,100.00

OBJETO DEL CONTRATO Prestar con toda autonomia tecnica y adminitrativa sus servicio como TECNICO ADMINITRATIVO TIPO B en las actividades desarrolladas en el marco de los procesos de formalizacion de la propiedad inmobiiliaria que adelanta LA SUPERINTENDENCIA delegada para la proteccion , restitucion y formalizacion de tierrras a Nivel Nacional . ORIP SANTA MARTA

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA/ LINA MARCELA BEDOYA RODRIGUEZ

CARGO DEL SUPERVISOR COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION,SDPRFT

CDP No. 30719 **CRP No.** 68019

LUGAR DE EJECUCIÓN

CIUDAD SANTA MARTA

DEPARTAMENTO MAGDALENA

FECHA APROBACIÓN PÓLIZA

Día	Mes	Año
06	02	2019

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
08	11	2019

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
08	02	2019

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
9	0

ADICIÓN Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICIÓN Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año
1	12	2019

CDP No. 70419 **CRP No.** 609419

FECHA FINAL DE LA ADICIÓN Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año	MESES	DIAS	VALOR
30	12	2019			$ 4,132,410.00

VALOR A COBRAR $ 1,169,600.00

COBRA CON FACTURA **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 1,169,600.00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR
DEL	16	12	2019			
AL	30	12	2019	12	15	50% DICIEMBRE

DICIEMBRE

CONCAT

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

SNR	**PROCESO: GESTIÓN PRESUPUESTO**	**Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01**
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	**Versión: 02**
	FORMATO: INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO	**Fecha: 06-02-2019**

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte	Valor M
1.	**COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)**	$ 117,000	EPS SANITAS SA	12.5%	
2.	**FONDO DE PENSIÓN**	$ 149,800	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%	
3.	**ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)**	$ 4,900	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%	
	TOTAL A PAGAR	**$ 271,700**	**PLANILLA DE PAGO No.**	**9400123385**	

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO **$ 25,184,310.00**

			VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	01		**$ 1,793,310.00**	**$ 1,793,310.00**	**$ 23,391,000.00**
PAGO 02	02	←	**$ 2,339,100.00**	**$ 4,132,410.00**	**$ 21,051,900.00**
PAGO 03	03	←	**$ 2,339,101.00**	**$ 6,471,511.00**	**$ 18,712,799.00**
PAGO 04	04	←	**$ 2,339,100.00**	**$ 8,810,611.00**	**$ 16,373,699.00**
PAGO 05	05	←	**$ 2,339,101.00**	**$ 11,149,712.00**	**$ 14,034,598.00**
PAGO 06	06	←	**$ 2,339,101.00**	**$ 13,488,813.00**	**$ 11,695,497.00**
PAGO 07	07	←	**$ 2,339,102.00**	**$ 15,827,915.00**	**$ 9,356,395.00**
PAGO 08	08	←	**$ 2,339,103.00**	**$ 18,167,018.00**	**$ 7,017,292.00**
PAGO 09	09	←	**$ 2,339,100.00**	**$ 20,506,118.00**	**$ 4,678,192.00**
PAGO 10	10	←	**$ 545,782.00**	**$ 21,051,900.00**	**$ 4,132,410.00**
PAGO 11	11	←	**$ 1,793,310.00**	**$ 22,845,210.00**	**$ 2,339,100.00**
PAGO 12	12	←	**$ 1,169,500.00**	**$ 24,014,710.00**	**$ 1,169,600.00**
PAGO 13	13	←	**$ 1,169,600.00**	**$ 25,184,310.00**	**$ -**

PERIODO DE PAGO		**Día**	**Mes**	**Año**	**PAGO No.**	
	DEL	16	12	2019		**DICIEMBRE**
	AL	30	12	2019	**13**	**DICIEMBRE**

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
envío de cuenta de cobro del mes pasado Ingreso a heramienta holistica CON LA ACTUALIZACION CASI QUE AL DIA PARA AVNAZAR EN LA HERRAMIENTA HOLISTICA	Ingreso al Secop ii de las evidencias y cuenta de cobro del mes anterior

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO	**PROCESO: GESTIÓN PRESUPUESTO**	**Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01**
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	**Versión: 02**
	FORMATO: INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO	**Fecha: 06-02-2019**

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
ENVIO DE CUENTA FDE COBRO DEL MES PASADO ENVIO DE INFORME MENSUAL DE LA ORIP A LA DR PAOLA LAVERDE SE RECIBIERON ALREDEDOR DE 500 CARENCIAS REGISTRALES Y SE HAN VENIDO REALIZANDO LA EVACUACION DE ESAS CARENCIAS SE REALIZO EL CALENDARO DE LA JORNADA DE LA UNIDAD MOVIL EN LA CUIDDAD DE SANTA MARTA DE IGUAL MANERA SE ORGANIZO EL PERSONAL PARA CUMPLIR CONFECHAS Y SE CORDINO UNA ENTREGA DE TITULOS PARA EL 18 DE DICIEMBRE DE 2019 CON LA PRESENCIA DEL SUPERINTENDENTE DE NOTARIADO Y REGISTRO PARA ESA FECHA SE ACTUALIAZO LA BASE DE LA HERRAMIENTA HOLI STICA EN EL PROGRAMA OFELIA Y SE RECIBIERON INCORPORACIONES POR PARTE DE LA ALCALDIA DE SANTA MARTA Y PLANECION PARA REALIZAR LA ENTREGA. SE ENVIARON CORREOS CON INFORMES SOBRE LAS JORNADAS Y SE REALIZARON DOS SEMANAS EXAUSTIVAS PARA LA CLAIFICACION DE RESOLUCIONES DE CESION Y RESOLUCIONES DE INCORPORACION SE SOLICITO A PLANECION LOS REQUERIMINTOS PARA EL EVENTO SE ENTREGARON 200 CARPETAS DE LA SNR A LA SECRETARIA DE PLANECIONse entregaron titulos y se enviaron iformes finales	SE ENVIA PANTALLASO DE LA BASE DE HERRAMIETA HOLISTICA Y

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 **DANIEL ENRIQUE CASTRO ARIZA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No **80,083,034** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **412** de **2019** conformidad con las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **68019** CDP No **30719**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1,169,600.00**

Valor en letras: **UN MILLON CIENTO SESENTAY NUEVE MIL SEISIENTOS PESOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 271,700.00** de conformidad con la Ley 828 de 2003 y ARP según la Ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	16	12	2019	**PAGO No.**	**DICIEMBRE**
	AL	30	12	2019	**13**	**DICIEMBRE**

Para constancia se firma en **SANTA MARTA** a los **20** días del mes de **20/12/2020** de **2020**

/ 20/12/2020

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION,SDPRFT

CONTRATISTA

Firma Contratista
DANIEL ENRIQUE CASTRO ARIZA
Cedula de Ciudadania No
80,083,034 **de** BOGOTA

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 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 2018, 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 3 días del mes DICIEMBRE de 2019.

Atentamente,



NOMBRE: DANIEL E CASTRO A
80083034

aportes 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 80083034		CASTRO ARIZA DANIEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 2 # 2 - 55	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-11	2019-11	06283307	9400123385	I	2019/12/09	2019/12/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$935,700	$149,800			$935,700	$117,000			$0	$0			$935,700	$4,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$935,700	$149,800			$935,700	$117,000			$0	$0			$935,700	$4,900		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$935,700	$149,800			$935,700	$117,000			$0	$0			$935,700	$4,900		$0	$0
1	CC	80083034	CASTRO DANIEL	230201	30	$935,700	$149,800	EPS005	30	$935,700	$117,000		0	$0	$0	14-23	30	$935,700	$4,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$935,700	$149,800			$935,700	$117,000			$0	$0			$935,700	$4,900		$0	$0

aportes 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 80083034		CASTRO ARIZA DANIEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 2 # 2 - 55	SANTA MARTA-MAGDALENA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-11	2019-11	06283307	9400123385	I	2019/12/09	2019/12/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$149,800	$0	$0	$149,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$149,800	$0	$0	$149,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,900	$0	$0	$4,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$117,000	$0	$0	$117,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$117,000	$0	$0	$117,000
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700