SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

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

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Dia 02 | Mes 07 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	72.309.829	DE	PUERTO COLOMBIA				
TELEFONO DE CONTACTO	310-7218010	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	EDWINMENDOZA0806@HOTMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	EDWIN.MENDOZASUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	27000040116	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	DE Año	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 26.001.990,00
455	2024	HONORARIOS MENSUALES	$ 2.476.380,00

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA DEBERA PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA,DENTRO DEL PLAZO ACORDADO, LOS SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES ENUNCIADAS A LO LARGO DEL PRESENTE CONTRATO.COMO CONTRAPRESTACION RECIBIRA POR PARTE DEL CONTRATANTE UNAS SUMAS DE DINERO, A TITULO DE HONORARIOS.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARIA PATRICIA SANTIS

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR de I.P

CDP No.	45024	CRP No.	88124
FECHA CDP	16/01/2024	FECHA CRP	29/01/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 29 | Mes 01 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: SOLEDAD

DEPARTAMENTO: ATLANTICO

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 19 | Mes 12 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 05 | Mes 02 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 10 | DIAS 15

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: $ 2.476.380,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.476.380,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR
DEL	01	06	2024			JUNIO
AL	30	06	2024	05	30 (100%)	JUNIO

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

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

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	162500	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	208000	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	6800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 377.300	PLANILLA DE PAGO No.	1063899361

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 26.001.990,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 2.146.196,00	$ 2.146.196,00	$ 23.855.794,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2.476.380,00	$ 4.622.576,00	$ 21.379.414,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 2.476.380,00	$ 7.098.956,00	$ 18.903.034,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 2.476.380,00	$ 9.575.336,00	$ 16.426.654,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 2.476.380,00	$ 12.051.716,00	$ 13.950.274,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
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	06	2024		JUNIO
AL	30	06	2024	05	JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
EL CONTRATISTA DEBERA PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA,DENTRO DEL PLAZO ACORDADO.LOS SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES ENUNCIADAS A LO LARGO DEL PRESENTE CONTRATO COMO CONTRAPRESTACION RECIBIRA POR PARTE DEL CONTRATANTE UNAS SUMAS DE DINERO A TITULO DE HONORARIOS.	CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
EL CONTRATISTA DEBERA PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA,DENTRO DEL PLAZO ACORDADO LOS SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES ENUNCIADAS A LO LARGO DEL PRESENTE CONTRATO COMO CONTRAPRESTACION RECIBIRA POR PARTE DEL CONTRATANTE UNAS SUMAS DE DINERO A TITULO DE HONORARIOS	CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.CUMPLO CON TODAS LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

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

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **72.309.829** de **PUERTO COLOMBIA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **455** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **88124** CDP No **45024**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.476.380,00**

Valor en letras: **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CENTAVOS M/C**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	06	2024	**PAGO No.**	**JUNIO**
	AL	30	06	2024	**05**	**JUNIO**

Para constancia se firma en **SOLEDAD** a los **02** días del mes de **JULIO** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARIA PATRICIA SANTIS
REGISTRADOR de I.P

CONTRATISTA

Firma Contratista
EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO
Cedula de Ciudadania No
72.309.829 **DE** PUERTO COLOMBIA

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

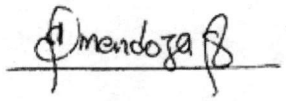
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2024

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2023 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO_X_
2. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO_X_
3. Dependiente Económico: SI___ NO_X__ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, 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.
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI_X_ NO___
5. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_X_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
6. Crédito de Vivienda SI___ NO X, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.
7. Medicina pre pagada SI___ NO _X__, adjuntar certificación de la EPS, incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.
8. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo asociadas a la presente cuenta de cobro, si marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%), si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo a depuración de renta y UVT aplicable, SI____ NO_X__
9. Ha suscrito contratos durante el año 2024: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($188.260.000) SI____ NO X

En constancia de lo anterior, se firma a los _02__ días del mes de _JULIO__ de 2024_.

Atentamente,



NOMBRE ; EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO

CC: 72309829

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ACTA DE INICIO DE CONTRATO EDWIN MENDOZA (1).pdf	ACTA DE INICIO DE CONTRATO EDWIN MENDOZA (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 88124 DTR-LP - ORIP SOACHA - CONTRATO PRESTACIOS DE SERVICIOS No.0454_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO. (1).pdf	Compromiso 88124 DTR-LP - ORIP SOACHA - CONTRATO PRESTACIOS DE SERVICIOS No.0454_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO. (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO.pdf	ARL EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Designacin de supervisin EDWIN EDMUNDO MENDOZA (1) (1).pdf	Designacin de supervisin EDWIN EDMUNDO MENDOZA (1) (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EXAMEN OCUPACIONAL EDWIN.pdf	EXAMEN OCUPACIONAL EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MES FEBRERO 2024 EDWIN.pdf	EVIDENCIAS MES FEBRERO 2024 EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEB 2024 EDWIN.pdf	CUENTA DE COBRO FEB 2024 EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MARZO 2024.pdf	EVIDENCIAS MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024 EDWIN.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024 EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS ABRIL EDWIN 2024.pdf	EVIDENCIAS ABRIL EDWIN 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRILEDWIN 2024.pdf	CUENTA ABRILEDWIN 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MAYO 2024 EDWIN.pdf	EVIDENCIAS MAYO 2024 EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO MAYO 2024 EDWIN.pdf	CUENTA COBRO MAYO 2024 EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA JUNIO 2024 EDWIN.pdf	EVIDENCIA JUNIO 2024 EDWIN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-02, 03:44:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063899361

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8850073840

PAGADO 02/07/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO		
Documento	CC72309829	**Dirección**	CL 63B #21 B - 70
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107218010
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 72309829	EDWIN EDMUNDO MENDOZA SANTIAGO	57	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1,300,000	$ 208,000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1,300,000	$ 162,500	0,522	$ 1,300,000	$ 6,800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377,300

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
$ 1,300,000	$ 1,300,000	$ 1,300,000	$ 0	$ 208,000	$ 162,500	$ 6,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377,300	$ 6,100	$ 383,400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14874112370

(415)7707212489984(8020) 000001487411237 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 3 0 9 8 2 9	9	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 2 3 0 9 8 2 9	1 9 9 3 0 9 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Puerto Colombia 5 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	SANTIAGO	EDWIN	EDMUNDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal
CL 63 B 21 B 70 AP 5

42. Correo electrónico edwinmendoza0806@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 3 6 2 4 4	3 1 0 7 2 1 8 0 1 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 4 0 7 2 9				2 4 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 10 - 31 / 09 : 13: 42

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MENDOZA SANTIAGO EDWIN EDMUNDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO