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
1	06	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ANTONIO LUIS VALLE MORA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	72,147,666	**DE**	BARRANQUILLA				
TELEFONO DE CONTACTO	300-5220101	**FIJO**	3353012	**EXT.**			
E-MAIL PERSONAL	antonioluisvallemora@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	antonio.valle@supernotariado.gov.co						
BANCO	CAJA SOCIAL	**No DE CUENTA**	24086824763	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL

No		Año
373	DE	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 33,713,100.00

HONORARIO MENSUAL $ 3,586,500.00

OBJETO DEL CONTRATO: Elaborar los estudios de títulos que se requieran para efectos de identificar los predios a sanear y/o formalizar en el marco de los diferentes procesos que se adelanten con las entidades territoriales u otras entidades públicas. 2.Realizar las visitas de campo que se requieran para la identificación de los ocupantes de los predios fiscales en los diferentes municipios.3.Recolectar o recepcionar documentos soportes y aplicar ficha técnica de caracterización de predios a formalizar.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION,SDPRFT

CDP No.	56520	CRP No.	123720
FECHA CDP	2/27/2020	FECHA CRP	3/9/2020

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
11	03	2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BARRANQUILLA
DEPARTAMENTO	ATLÁNTICO

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
15	12	2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
11	03	2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
9	5

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 $ 3,586,500.00

COBRA CON FACTURA — **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 3,586,500.00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	05	2020	PAGO No.	No DÍAS		MAYO
AL	30	05	2020	03	30	100%	MAYO

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

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1.	COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$ 179,400	EPS-SURA	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 229,600	COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 7,500	ARL-SURA RIESGOS LABORALES	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 416,500**	PLANILLA DE PAGO No.	4336178329

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 33,713,500.00

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 2,271,500.00	$ 2,271,500.00	$ 31,442,000.00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3,586,500.00	$ 5,858,000.00	$ 27,855,500.00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3,586,500.00	$ 9,444,500.00	$ 24,269,000.00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
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	05	2020		MAYO
	AL	30	05	2020	03	MAYO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4.Estudiar, clasificar y realizar los filtros y cruces en las diferentes bases de información frente a los predios solicitados para la expedición de certificados de carencia de antecedente registral.5.Realizar los filtros de las bases de datos remitidas por los entes territoriales, entidades públicas y Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos, ORIP en los aplicativos establecidos para tal fin.6.Apoyo en el trámite y expedición de certificados de carencia de antecedente registral que adelanta la Superintendencia de Notariado y Registro, en virtud de los convenios suscritos con las diferentes entidades.7.Diligenciar base de datos en la herramienta Ofhelia.	• Se realizan búsquedas en la plataforma del IGAC-R1 y R2 del municipio del Concordia –Magdalena, bajo las nuevas observaciones que recibimos en la capacitación virtual y los nuevos manuales.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
8.Proyectar respuesta a derechos de petición, tutelas y demás requerimientos que le sean asignados.9.Conformar expedientes para cada caso o proceso.10.Conformar bases de datos de beneficiarios por municipio.11.Asistir a las diferentes reuniones, mesas de trabajo, talleres, seminarios, foros y demás donde tenga participación o las que requiera la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras. 12.Elaborar y presentar informes mensuales sobre los avances en el desarrollo de los procesos de formalización y saneamiento o cuando estos se requieran por el supervisor del contrato o la coordinación del grupo.13.Prestar apoyo a la calificación de turnos asignados por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos a solicitud del supervisor del contrato en el marco de los procesos que adelanta la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras.14Las demás actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud del Supervisor. 1). Aportar y cargar en la Plataforma Transaccional del SECOP II, para conocimiento de la SUPERINTENDENCIA y en los plazos en los que se le determine, los documentos requeridos para el inicio del contrato. 2). Aportar el examen médico de salud ocupacional solicitado por la SNR con la presentación de la primera cuenta de cobro. 3). Constituir la Garantía Única dentro de los 03 días siguientes a la suscripción del contrato y cargarla en la Plataforma Transaccional del SECOP II para su posterior aprobación por la SUPERINTENDENCIA. 4). Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondos de Pensiones (A.F.P.) y a una Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) y, encontrarse al día en el pago de los respectivos aportes. 5). Suscribir conjuntamente con el supervisor el acta de inicio correspondiente una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. 6). Para efectos del pago mensual de honorarios el contratista deberá presentar: Impresión o fotocopia de la respectiva planilla con la que se realiza el pago discriminados E.P.S., A.F.P. y A.R.L., salvo las excepciones legalmente establecidas y el formato informe de supervisión de cumplimiento de contrato prestación de servicios aprobado por el supervisor del contrato, formato de retención en la fuente y cargar las evidencias de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II. 7). Sin perjuicio de la autonomía técnica y administrativa, atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de quien sea designado como supervisor del contrato. 8). Remitir el soporte de la afiliación a al A.R.L a la Dirección de Contratación dentro de los 03 días siguientes a la firma del contrato por la Plataforma SECOP II. 9). Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. 10). Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del objeto contractual. 11). Disponer lo necesario para que el objeto del contrato se cumpla a cabalidad. 12). No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, informando inmediatamente a la Superintendencia de Notariado y Registro y demás autoridades competentes cuando se presenten tales circunstancias. 13). Cumplir con los demás deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato.14). Subir a la Plataforma Transaccional del SECOP II los informes mensuales dentro de los cinco (05) días siguientes a la aprobación de los mismos. 14). Queda prohibido prestar el servicio en estado de embriaguez y/o bajo el consumo de sustancias psicoactivas.	• Se envían a los doctores Daniel Castro A. y Juan Bedoya V. Avances de la búsqueda en la plataforma del IGAC, R1 y R2, de la base de datos del municipio de Concordia –Magdalena. • Se realizan búsquedas en la plataforma del IGAC-R1 y R2 del municipio del Aracataca –Magdalena, bajo las nuevas observaciones que recibimos en la capacitación virtual y los nuevos manuales. • Se envían a los doctores Daniel Castro A. y Juan Bedoya V. Avances de la búsqueda en la plataforma del IGAC, R1 y R2, de la base de datos del municipio de Aracataca –Magdalena. • Se envían los oficios a los alcaldes de los 21 municipios del Departamento del Atlántico restantes oficios informándoles la disponibilidad y la apertura de las oficinas ORI y las bases de datos de sus municipios. • Se asiste a las reuniones virtuales los días 26 y 27 de Mayo /2020, con el doctores Daniel Castro A, Juan Bedoya V. y demás compañeros de la ORI- Barranquilla y Santa Marta, para manifestarnos los avances y las asignaciones de nuevas tareas para los municipios que tenemos a cargo. • Se realizan búsquedas en la plataforma del IGAC-R1 y R2 del municipio del Galapa – Atlántico, bajo las nuevas observaciones que recibimos en la capacitación virtual de la nueva plataforma y manuales. • Se envían a los doctores Daniel Castro A. y Juan Bedoya V. La búsqueda en el IGAC 'R1 y R2, de la base de datos del municipio de Galapa – Atlántico. • Se recibe respuesta de parte de las Alcaldías de Sabanagrande, Campo de la Cruz- Atlántico mostrando interés en firmar el acuerdo interadministrativo, (envió parte de la documentación requerida) este se le reenvía al Dr. Daniel Castro para darle tramite. • Se asiste a las reuniones virtuales el día 28 de Mayo /2020, programada para hacerle la invitación a los alcaldes que vinculen a su municipio al proceso de titulación de predios.

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

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 período, se deja constancia que el (la) contratista **ANTONIO LUIS VALLE MORA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **72,147,666** de **BARRANQUILLA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **373** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **123720** CDP No **56520**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3,586,500.00**

Valor en letras: **TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS CON 00 CTVOS.**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 416,500.00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	05	2020		MAYO
	AL	30	05	2020	03	MAYO

Para constancia se firma en **BARRANQUILLA** a los **1** días del mes de **JANUARY** de **2020**

SUPERVISOR

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

CONTRATISTA

Firma Contratista
ANTONIO LUIS VALLE MORA
Cedula de Ciudadania No
72,147,666 **DE** BARRANQUILLA

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020.

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", 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 2019 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 Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Publico, 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.

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_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.

7. Credito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 29 días del mes de Mayo de 2020.
Atentamente,



ANTONIO LUIS VALLE MORA

CC. 72.147.666 de Barranquilla

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72147666
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANTONIO VALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 3333333	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			4336178329	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/05/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990292720

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO (ADMINISTRADORA)	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 229.600	$ 0	$ 229.600
SUBTOTALES:										$ 229.600	$ 0	$ 229.600

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO (ADMINISTRADORA)	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 179.400
SUBTOTALES:													$ 179.400	$ 0	$ 0	$ 179.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO (ADMINISTRADORA)	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 72147666	VALLE MORA ANTONIO LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.434.600				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.434.600	$ 229.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 229.600

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.434.600	$ 179.400	$ 0	$ 179.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.434.600	72147666	$ 7.500

PARAFISCALES

N°	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 416.500

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8069882833 DV: 725472

Cajero: ELISALDI

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 18/05/2020 11:41:29

PS Recaudador:
992015 EDS TERPEL LA UNION CL 39 CON 29 ESQUINA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 72147666

Nombre: ANTONIO LUIS
Apellido 1: VALLE
Apellido 2: MORA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3005220101
Codigo Planilla: 4336178329
Periodo Pago: 2020/05
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
72147666 $416.500.00

Valor recibido: $416.500.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda.. Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co