SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública 60 Años — El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	Versión: 04 S. Mínimo 828.116
	Fecha: 09 / 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
03	08	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	ANGELLO DARIO MANJARRES CABRERA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.003.316.836	**DE**	VALLEDUPAR				
TELEFONO DE CONTACTO	315-5030686	**FIJO**		**EXT.**			
E-MAIL PERSONAL	ANGELLOMANJARREZ@HOTMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	ANGELLO.MANJARRES@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	DAVIVIENDA	**No DE CUENTA**	257100048787	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL

No		Año
370	DE	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 22.870.200,00

HONORARIO MENSUAL $ 2.433.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestacion de Servicios como TECNICO ADMINISTRATIVO TIPO B, para las actividades desarrolladas en el programa de formalizacion y saneamiento de la propiedad inmueble urbana que adelanta la Superintendencia Delegada para la Proteccion, Restitucion y Formalizacion de Tierras a nivel nacional.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACIÓN

CDP No.	56520	**CRP No.**	121520
FECHA CDP	27/02/2020	**FECHA CRP**	6/03/2020

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
10	03	2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	VALLEDUPAR
DEPARTAMENTO	CESAR

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
15	12	2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
13	03	2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
9	3

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 $ 2.433.000,00

COBRA CON FACTURA — **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS

$ 2.433.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	07	2020	**PAGO No.**	**No DÍAS**		**MES A COBRAR**
AL	30	07	2020	05	30	100%	JULIO

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

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

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 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)	$ 121.700	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 155.800	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 5.100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 282.600**	PLANILLA DE PAGO No.	**4343451383**

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
		$ 22.870.200,00		
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.459.800,00	$ 1.459.800,00	$ 21.410.400,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 3.892.800,00	$ 18.977.400,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 6.325.800,00	$ 16.544.400,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 8.758.800,00	$ 14.111.400,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 2.433.000,00	$ 11.191.800,00	$ 11.678.400,00
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	07	2020		JULIO
	AL	30	07	2020	**05**	JULIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar los filtros de las bases de datos remitidas por entes territoriales, entidades publicas y Oficinas de Registro de Instrumentos Publicos, ORIP en los aplicativos establecidos para tal fin. 2.Diligenciar base de datos en la herramienta Ofhelia. 3. Apoyar el proceso de expedicion de carencias registrales en el marco de los proceso de saneamiento y formalizacion de la propiedad. 4. Realizar visitas de campo a los Municipios donde se constata la informacion catastral y fisica y a su vez se recopila documentacion de beneficiarios.	1. - Se realizaron las correcciones finales al convenio interadministrativo del Municipio de Curumaní, el cual fue enviado a Bogotá para la firma del Superintendente. 2. Se realizaron 269 estudios de VUR, a esperas de que el Municipio de Curumaní envíe la base catastral filtrada, para determinar los predios actos para realizarle los estudios pertinentes.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
5. Organización y validacion de documentacion, conformando un expediente por predio. 6. Revision de respuesta de cruce de beneficiarios realizada por FONVIVIENDA. 7. Apoyar en el seguimiento a las documentacion pendiente para la conformacion de los expedientes de los predios a legalizar en cad uno de los Municipios. 8. Atencion y orientacion a los beneficiarios que se presentan en la instalaciones de la oficina. 9. Las demas actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud de l Supervisor.	3. Se realizaron las correcciones finales al convenio interadministrativo del Municipio de La Paz, el cual fue enviado a Bogotá para la firma del Superintendente. 4. Se realizó videoconferencia del grupo de Formalización del Cesar, para determinar los procedimientos a seguir de acuerdo con las metas establecidas y conocer el estado de los procesos que actualmente se están ejecutando.

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 **ANGELLO DARIO MANJARRES CABRERA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.003.316.836** de **VALLEDUPAR** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **370** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **121520** CDP No **56520**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.433.000,00**

Valor en letras: **DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 282.600,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	07	2020	**PAGO No.**	**JULIO**
	AL	30	07	2020	**05**	**JULIO**

Para constancia se firma en **VALLEDUPAR** a los **03** días del mes de **AGOSTO** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor(06 AL 30 DE JULIO)
LINA MARCELA BEDOYA RODRIGUEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19

Firma Supervisor(01 AL 05 DE JULIO)
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACIÓN

CONTRATISTA

Firma Contratista
ANGELLO DARIO MANJARRES CABRERA
Cedula de Ciudadania No
1.003.316.836 **DE** VALLEDUPAR

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___ NO_X_ (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_X_ NO___,

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_, adjuntar extracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los __30__ días del mes de _julio__ de 2020.

Atentamente,

Angello M.

Nombre y Firma

CC. 1.003.316.836

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003316836
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELLO DARIO MANJARRES CABRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALL	TELÉFONO:	5777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4343451383**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/08/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		80328333

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 155.800
SUBTOTAL:			1	**$ 155.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890102044	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1	$ 121.700
SUBTOTAL:			1	**$ 121.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.100
SUBTOTAL:			1	**$ 5.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 282.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003316836
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELLO DARIO MANJARRES CABRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALL	TELÉFONO:	5777777
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:	**4343451383**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2020			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	80328333

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 155.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 155.800	$ 0	$ 155.800
SUBTOTALES:										**$ 155.800**	**$ 0**	**$ 155.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 121.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.700	$ 0	$ 0	$ 121.700
SUBTOTALES:													**$ 121.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 121.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.100	$ 5.100	$ 0	$ 0	$ 5.100
SUBTOTALES:									**$ 5.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1003316836	MANJARRES CABRERA ANGELLO DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 973.200				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 973.200	$ 155.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 155.800	CCFC55-CAJACOPI ATLANTICO	30	$ 973.200	$ 121.700	$ 0	$ 121.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 973.200	100331683	$ 5.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 282.600**