SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años — La guarda de la fe pública	El futuro es de todos — Gobierno de Colombia
Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01	
Versión: 04	S. Minimo 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
1	9	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JOHN FREDY GUILLEN GARCÍA					
CEDULA DE CIUDADANIA No.	17.387.735	**DE**	PUERTO LÓPEZ META			
TELEFONO DE CONTACTO	321-3120651	**FIJO**	86835627	**EXT.**		
E-MAIL PERSONAL	johnfredyguillen@gmail.com					
E-MAIL INSTITUCIONAL	johnfredyguillen@gmail.com					
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	80272917900	**C.A.**	X	**C.C.**

CONTRATO ACTUAL

No	Año
381	2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 44.165.000,00

HONORARIO MENSUAL $ 4.818.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como Profesional Especializado Tipo B, para las actividades desarrolladas en el programa de formalización y saneamiento de la propiedad inmueble urbana que adelanta la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras a nivel nacional.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: MARHTA LUCÍA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR: Coordinadora Grupo de Formalización

CDP No.	56520	**CRP No.**	128420
FECHA CDP	27/02/2020	**FECHA CRP**	23/03/2020

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
11	03	2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	VILLAVICENCIO
DEPARTAMENTO	META

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	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 $ 4.818.000,00

VALOR TOTAL # DE DIAS $ 4.818.000,00

COBRA CON FACTURA — **No de factura**

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	08	2020	06	30	100%	AGOSTO
AL	30	08	2020				AGOSTO

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

Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 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
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)	$ 240.900	SANITAS EPS	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 308.400	COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 10.100	SURA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 559.400**	PLANILLA DE PAGO No.	44467547

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 44.165.000,00

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 2.890.800,00	$ 2.890.800,00	$ 41.274.200,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 4.818.000,00	$ 7.708.800,00	$ 36.456.200,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 4.818.000,00	$ 12.526.800,00	$ 31.638.200,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 4.818.000,00	$ 17.344.800,00	$ 26.820.200,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 4.818.000,00	$ 22.162.800,00	$ 22.002.200,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 4.818.000,00	$ 26.980.800,00	$ 17.184.200,00
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	08	2020		AGOSTO
	AL	30	08	2020	06	AGOSTO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar estudio de títulos de los predios urbanos y rurales de mayor extensión, que se encuentran en ocupación.	Se realizó estudio de títulos a 251 predios del municipio de Fuentedeoro Meta y 1 predio de mayor extensión del municipio de El Castillo Meta.
2. 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 de saneamiento y formalización de tierras, o cuando estos se requieran por el supervisor del contrato o la coordinación del grupo.	No se requirió.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
3. Proyectar circulares e instrucciones administrativas relacionados con los programas de saneamiento y formalización de la propiedad inmueble urbana y rural.	No se requirió.
4. Proyectar respuestas de tutelas y demás requerimientos que se hagan a la entidad, sobre aspectos registrales que surjan de los programas que adelanten organismos del Estado, en cuanto a saneamiento y formalización de la propiedad inmobiliaria.	No se requirió.
5. Diligenciar base de datos en la herramienta Ofhelia.	No se requirió.
6. Asistir y participar en las diferentes reuniones interinstitucionales sobre el tema de saneamiento y formalización de la propiedad inmobiliaria, donde tenga participación.	Se participó en video conferencia la Coordinación del Nivel Central, Delegado de Tierras, USAID y equipos de trabajo de los diferentes municipios donde se adelanta el programa de formalización.
7. 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 de formalización, suscritos con las diferentes entidades territoriales y en apoyo solicitado por las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos del departamento.	No se requirió
8. Proyectar y tramitar convenios interadministrativos y memorandos de entendimiento dentro del programa de saneamiento y formalización de la propiedad inmobiliaria.	Se realizaron gestiones ante los diferentes municipios con los cuales se ha iniciado contacto para la elaboración y firma de los respectivos convenios.
9. Entregar a la supervisión del contrato, un informe semanal y mensual relacionado con la gestión realizada.	Se entregaron los informes quincenales y mensuales solicitados según las actividades del contrato.
10. Las demás actividades que se requieran para el normal desarrollo del objeto del contrato a solicitud del Supervisor.	- Se sustentó proyecto de acuerdo de facultades en los municipios de: El Calvario, Puerto López (Proyecto Yacuana) y El Castillo. - Se socializó el programa de formalización en el municipio de El Castillo Meta. - Se revisaron expedientes en el municipio de El Castillo Meta y se ajustó la información de 38 actos de incorporación que se habían proyectado. - Se emitieron conceptos y se hizo acompañamiento a los equipos de trabajo de los diferentes municipios donde se está implementando el programa de formalización. - Se participó en reuniones de socialización de la Ley 2044 de 2020.

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 **JOHN FREDY GUILLEN GARCÍA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **17.387.735** de **PUERTO LÓPEZ META** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **381** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **128420** CDP No **56520**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 4.818.000,00**

Valor en letras: **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS CON 00 CTAVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 559.400,00** 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	08	2020		AGOSTO
	AL	30	08	2020	06	AGOSTO

Para constancia se firma en **VILLAVICENCIO** a los **1** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARHTA LUCÍA RESTREPO GUERRA
Coordinadora Grupo de Formalización

CONTRATISTA

Firma Contratista
JOHN FREDY GUILLEN GARCÍA
Cedula de Ciudadania No
17.387.735 **DE** PUERTO LÓPEZ META

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__**X**__ NO___.

3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI_**X**__ NO___

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.

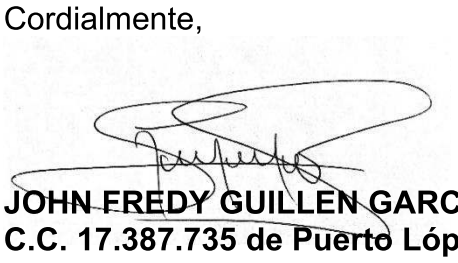
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantias SI___ NO__**X**_,

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 treinta y un (31) días del mes de agosto de 2020.

Cordialmente,



JOHN FREDY GUILLEN GARCÍA
C.C. 17.387.735 de Puerto López Meta
Contratista

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	JOHN FREDY GUILLEN GARCIA	**Nit:**	17387735
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Julio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Julio 2020
Número de radicación:	44467547	**Total a pagar:**	$620,500
Fecha de vencimiento:	11/08/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	04/08/2020	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	701602655
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$10,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$320,000
CCF34	892000146	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$40,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$250,000
						$620,500

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. Acerca de los certificados SSL icontec ISO / IEC 27001 CC-SI005-1

Powered by Cenet Edinet

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia Su dirección IP actual es: **190.127.196.82**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17387735	JOHN FREDY GUILLEN GARCIA		CLL 8 NO 20-83 CS 57 PORTALES LA PRIMAVERA	3213120651	johnfredyguillen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I	04/08/2020	44467547	$620.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	40.000	0	0	40.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	1	40.000	40.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	620.500	620.500

PAGADA
44467547
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	17387735	JOHN FREDY GUILLEN GARCIA	CLL 8 NO 20-83 CS 57 PORTALES LA PRIMAVERA	3213120651	johnfredyguillen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2020-07	2020-07	I	04/08/2020	44467547	$620.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Cotizante, exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	17387735	GUILLEN GARCIA JOHN FREDY	59	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	250.000	14-11	2.000.000	1	10.500	CCF34	2.000.000	40.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información