



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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

Día Mes Año
28 10 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1.010.222.877

DE

BOGOTA

TELEFONO DE CONTACTO

301-6388680

FIJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO

FALABELLA

No DE CUENTA

116060057307

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

630

DE

Año

2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 13.824.500,00

HONORARIO MENSUAL

\$ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar con plena autonomia tecnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las lineas de produccion bajo los lineamientos del programa de gestion documental de la SNR. Para la recepcion, alistamiento, organizacion, digitalizacion, tipificacion, control de calidad y disposicion en unidades de conservacion de los documentos misionales en oficinas de registro de instrumentos publicos E.T.A CEN.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.

56820

CRP No.

171520

FECHA CDP

27/02/2020

FECHA CRP

12/05/2020

FECHA APROBACION
POLIZA

Día Mes Año

12 05 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTA

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACION
CONTRATO

Día Mes Año

15 12 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año

12 05 2020

TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO

MESES DIAS

7 5

FECHA DE INICIO DE LA
ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año

ADICION Y/O PRORROGA

CDP No.

CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION
Y/O PRORROGA

Día Mes Año

MESES DIAS

VALOR

VALOR A COBRAR

\$ 1.929.000,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 1.929.000,00

PERIODO DE PAGO

Día Mes Año

DEL 01 10 2020

AL 30 10 2020

PAGO No. No DIAS

06 30

MES A COBRAR

OCTUBRE

OCTUBRE

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

Página 1

Sup. 14 cm Inferior 14 cm Carta 216 mm x 279 mm
Izq. 14 cm Derecha 14 cm tamaño 70%
Enc. 14 cm P. de pag. 1 cm

Superintendencia de Notariado y Registro
Bogotá, D.C.

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESION



**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. COMPAÑIA DE SALUD (EPS)	\$ 109.800	EPS FAMISANAR LTDA	12.5%
2. FONDO DE PENSION	\$ 140.500	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	1033027932

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 13.824.500,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 1.221.700,00	\$ 1.221.700,00	\$ 12.602.800,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 3.150.700,00	\$ 10.673.800,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 5.079.700,00	\$ 8.744.800,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 7.008.700,00	\$ 6.815.800,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.900,00	\$ 8.938.600,00	\$ 4.885.900,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.900,00	\$ 10.868.500,00	\$ 2.956.000,00
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	\$ -	\$ -

	Día	Mes	Año	
PERIODO DE PAGO	DEL	01	10	2020
	AL	30	10	2020
	PAGO No.		OCTUBRE	
		06	OCTUBRE	

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

Página

2



Sup. 14 cm Inferior 14 cm
Izq. 0 cm Derecha 0 cm
Enc. 0 cm P. de pag. 0 cm

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 100 No. 100-100
Bogotá, D.C. Colombia

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>EJECUCION EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CONTENIDAS DE LA CLAUSULA PRIMERA EL CONTRATO ARRIBA MENCIONADO EL CONTRATISTA PRESENTO EL INFORME MENSUAL CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CANCELAR LAS CUALES SE RESUMEN A CONTINUACION</p> <p>EL CONTRATISTA SE OBLIGA A PRESTAR CON PLENA AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO TECNICO LIDER PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA LAS LINEAS DE PRODUCCION</p> <p>CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ COORDINADORA ADMINISTRATIVA ORIP CENTRO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA ARRIBA MENCIONADO HA CUMPLIDO CON LAS OBLIGACIONES CONTEMPLADAS EN EL OBJETO DEL CONTRATO DE LA REFERENCIA. EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, EMITO EL PRESENTE VISTO BUENO PARA QUE SE PROCEDA A EFECTUAR EL PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO CONSISTENTE EN LA SUMA DE UN MILLON NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL (\$1.929.000)</p>	<p>Recepcion de documentos por parte de Linea de Produccion llevando a cabo una supervision de documento por documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización idónea de los documentos de la Oficina de Registro Zona Centro Bogotá en el respectivo casillero del abogado. - Alistar los turnos calificados en sus respectivas relaciones que están listo para anexar sus formularios - Anexos de certificados de tradición y formularios de calificación a escrituras públicas, oficios embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de los mas relevantes. - Los días martes y jueves usuarios que tienen inconvenientes con los documentos son remitidos a la recepción del Despacho y allí la persona encargada nos solicita el debido proceso para darle solución al caso

NOTA: Se debe guardar este documento como libro de Excel habilitado para macros como texto o enriquecido para poder utilizar las macros.

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

Página 3



Sup. 14 cm Inferior 14 cm
Izq. 14 cm Derecha 14 cm
Enc. 14 cm P. de pag. 14 cm

alta 21.58 cm x 27.94 cm
tamaño 79%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 19 No. 10-10, Bogotá, D.C.
Teléfono: (57) 212 5000

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



**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 periodo, se deja constancia que el (la) contratista **FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.010.222.877** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **630** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos y demás normas técnicas exigibles del CRP No **171520** CDP No **56820**

Se autoriza el pago por la suma de \$ **1.929.000,00**

Valor en letras: **UN MILLON NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de \$ **254.900,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	10	2020	PAGO No.	OCTUBRE
	AL	30	10	2020	06	OCTUBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **28** días del mes de **OCTUBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN
Cedula de Ciudadania No
1 010 222 877 DE BOGOTA

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

Página 4

Sup. 14 cm Inferior 14 cm
Izq. 0,5 cm Derecha 0,5 cm
Enc. 0,5 cm P. de pag. 0,5 cm

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-08 09:01:11 AM Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES
Período Cotización: septiembre de 2020 Período Servicio: septiembre de 2020
Número Planilla: 1033027932

PAGADO 08/10/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN
Documento	CC1010222877
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

Dirección	CRA 2 A # 20 - 114
Teléfono	3016388680
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Cajas		Riesgos		Salud		Pensiones		Parafiscales		Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Tip. Cotización	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Total
1	FABIAN RODRIGO BETANCOURT BELTRAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4,734.00

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Surta	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min. Educación	(Incapacidades, Licencias, Saludos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 471.960	\$ 877.863	\$ 677.863	\$ 0	\$ 140.990	\$ 140.990	\$ 6.690	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 554.990	\$ 0	\$ 204.900

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

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, 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 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 30 días del mes octubre del 2020.

Atentamente,

