



**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
29 10 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA JHON FREDY RODRIGUEZ VILLARRAGA

CEDULA DE CIUDADANIA No. 1 073 150 864 **DE** BOGOTA

TELEFONO DE CONTACTO 350-3467071 **FIJO** **EXT.**

E-MAIL PERSONAL

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO BANCOLOMBIA **No DE CUENTA** 13859391847 **C.A.** X **C.C.**

CONTRATO ACTUAL

No 637 **Año** 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 13.824.500,00

HONORARIO MENSUAL \$ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las líneas de producción bajo los lineamientos del programa de gestión documental de la SNR. Para la recepción, alistamiento, organización, digitalización, tipificación, control de calidad y disposición en unidades de conservación de los documentos misionales en oficinas de registro de instrumentos públicos: BTA CEN

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ

CARGO DEL SUPERVISOR COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No. 56820 **CRP No.** 171120

Día Mes Año

FECHA CDP 27/02/2020 **FECHA CRP** 05/12/2020

**FECHA APROBACION
POLIZA**

11 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**
11 05 2020

TOTAL DE EJECUCION DEL CONTRATO **MESES DIAS**
7 3

**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 A COBRAR

\$ 1.929.000,00

Día Mes Año

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

DEL 01 10 2020 **AL** 30 10 2020

PAGO No. No DIAS

OCTUBRE

06 30

OCTUBRE

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

Página 1

Sup. 14 cm Inferior 14 cm Carta 219 mm x 2194 mm
Izq. 6 cm Derecha 6 cm Tamaño A4
Enc. 6 cm P. de pag. 6 cm

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 PENSIÓN	\$ 140.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION 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.	1033351036

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 \$ 1.929.000,00	\$ 8.937.700,00	\$ 4.886.800,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO \$ 1.929.000,00	\$ 10.866.700,00	\$ 2.957.800,00
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	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	
	AL	01	10	2020		OCTUBRE
		30	10	2020	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 Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.5 cm Derecha 0.5 cm tamaño a 70%
Enc. 0.5 cm P. de pag. 0.5 cm

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 100 No. 100-100

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 supervisión 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 estan listo para anexar sus formularios - Anexos de certificados de tradicion y formularios de calificacion a escrituras publicas oficios, embargos, testamentos, mayores valores, especializados dentro de las mas relevantes. - Los dias martes y jueves usuarios que tienen inconvenientes con los documentos son remitidos a la recepcion del Despacho y allí la persona encargada nos solicita el debido proceso para darle solucion al caso

Se debe guardar en un archivo con extensión .docx o .doc para poder utilizarlo en el formato de impresión. El formato de impresión es el que se encuentra en el archivo adjunto.

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

Página 3



Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm
Enc. 0.3 cm P. de pag. 0.6 cm

Carta 21.59 cm x 27.94 cm

tamaño a 79%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 125 No. 10-10 Bogotá, D.C.
Teléfono: (57) 201 2121 ext. 2121
Correo electrónico: info@snr.gov.co

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESION



**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 **JHON FREDY RODRIGUEZ VILLARRAGA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.073.150.864** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **637** de **2020** conforme las normas especificaciones procedimientos y demás normas técnicas exigibles del CRP No. **171120** 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

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

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **29** días del mes de **OCTUBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

JHON FREDY RODRIGUEZ VILLARRAGA
Cedula de Ciudadania No
1 073 150 864 DE BOGOTA

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

Página 4



Sup. 14 cm Inferior 14 cm
Izq. 33 cm Derecha 33 cm
Enc. 33 cm P. de pag. 33 cm

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 100 No. 100-100
Bogotá, D.C. 110001

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-28 10:42:34 PM Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1033351036
Período Cotización: septiembre de 2020 Período Servicio: septiembre de 2020 Referencia pago (PIN): 8818465920

PAGADO 28/10/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHN FREDY RODRIGUEZ VILLARRAGA
Documento	CC1073150864
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	MADRID
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CR 23 #14 - 20
Teléfono	3502058994
Forma Presentación	UNICO
Departamento	CUNDINAMARCA
Identificación	
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo	Calendario	Seguro	Colaborador	Administradora	IBC	Pensión	Aportes	Administradora	IBC	Salud	Aportes	Administradora	IBC	Caja	Aportes	Administradora	IBC	Caja
1073150864	JOHN FREDY RODRIGUEZ VILLARRAGA	27	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

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, Salidas a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 441.500	\$ 1059.800	\$ 4.800	\$ 5.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 960.200

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,

Jhon Rodriguez
cc. 1.073.150.064



Superintendencia de Notariado y Registro

Calle 26 No. 13-49 Int. 201 - PBX (1)328-21-21

Bogotá D.C. - Colombia <http://www.supernotariado.gov.co>