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. 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 30 | Mes 11 | Año 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	EDER FABIAN SANDOVAL						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	9.770.836	DE	ARMENIA				
TELEFONO DE CONTACTO	322-9481467	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	ederfabian100@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	eder.sandoval@supernotariado.gov.co						
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	136270150941	C.A.		C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 628 DE Año 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

HONORARIO MENSUAL: $ 1.929.000,00

OBJETO DEL CONTRATO: prestar con plena autoridad tecnica y administrativa sus servicios con AUXILIAR ADMINISTRATIVO de 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. ORIP BTA CENTRO

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	56820	CRP No.	163420
FECHA CRP	27/02/2020	FECHA CRP	07/05/2020

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 11 | Mes 05 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTA
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 15 | Mes 12 | Año 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 11 | Mes 05 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 7 | DIAS 10

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Dia	Mes	Año	CDP No.		CRP No.	
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA	Dia	Mes	Año	MESES	DIAS	VALOR	

VALOR A COBRAR	$ 1.929.000,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 1.929.000,00		

PERIODO DE PAGO

	Dia	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	11	2020	PAGO No.	No DÍAS		NOVIEMBRE
AL	30	11	2020	07	30	100%	NOVIEMBRE

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	
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	

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

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)	$	109.800	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	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.	46257923

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 14.146.000,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.286.000,00	$ 1.286.000,00	$ 12.860.000,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 3.215.000,00	$ 10.931.000,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 5.144.000,00	$ 9.002.000,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 7.073.000,00	$ 7.073.000,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 9.002.000,00	$ 5.144.000,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 10.931.000,00	$ 3.215.000,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	$ 1.929.000,00	$ 12.860.000,00	$ 1.286.000,00
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	11	2020		NOVIEMBRE
AL	30	11	2020	07	NOVIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
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: 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 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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO CONSISTENTE EN LA SUMA DE UN MILLON NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL PESOS ($1.929.000)	Recepción de documentos por parte de Línea de Producción, llevando a cabo una supervisión de documento por documento- - 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 más 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. - Se realiza disposicion final dejando foliado los documentos a diario

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 **EDER FABIAN SANDOVAL** identificado (a) con cedula de ciudadania No **9.770.836** de **ARMENIA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **628** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **163420** 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	11	2020	PAGO No.	NOVIEMBRE
	AL	30	11	2020	07	NOVIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **NOVIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
CLARA CECILIA ZAMORA RAMIREZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
EDER FABIAN SANDOVAL
Cedula de Ciudadania No
9.770.836 **DE** ARMENIA

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___ (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 30 días del mes de Noviembre de 2020.

Atentamente, Edith F.

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	9770836	EDER FABIAN SANDOVAL ARIAS	BARRIO SANTANDER CRA 26 NO. 33-02	1234567	EDERFABIAN100@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2020-10	2020-10	I	19/11/2020	46257923	$254.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800228739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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										
14-23	Positive Seguros	860011153-6	4.600				4.600	0	0	4.600			46	4.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	4.600	4.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	254.900	254.900

46257923

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	9770836	EDER FABIAN SANDOVAL ARIAS	BARRIO SANTANDER CRA 26 NO. 33-02	1234567	EDERFABIAN100@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

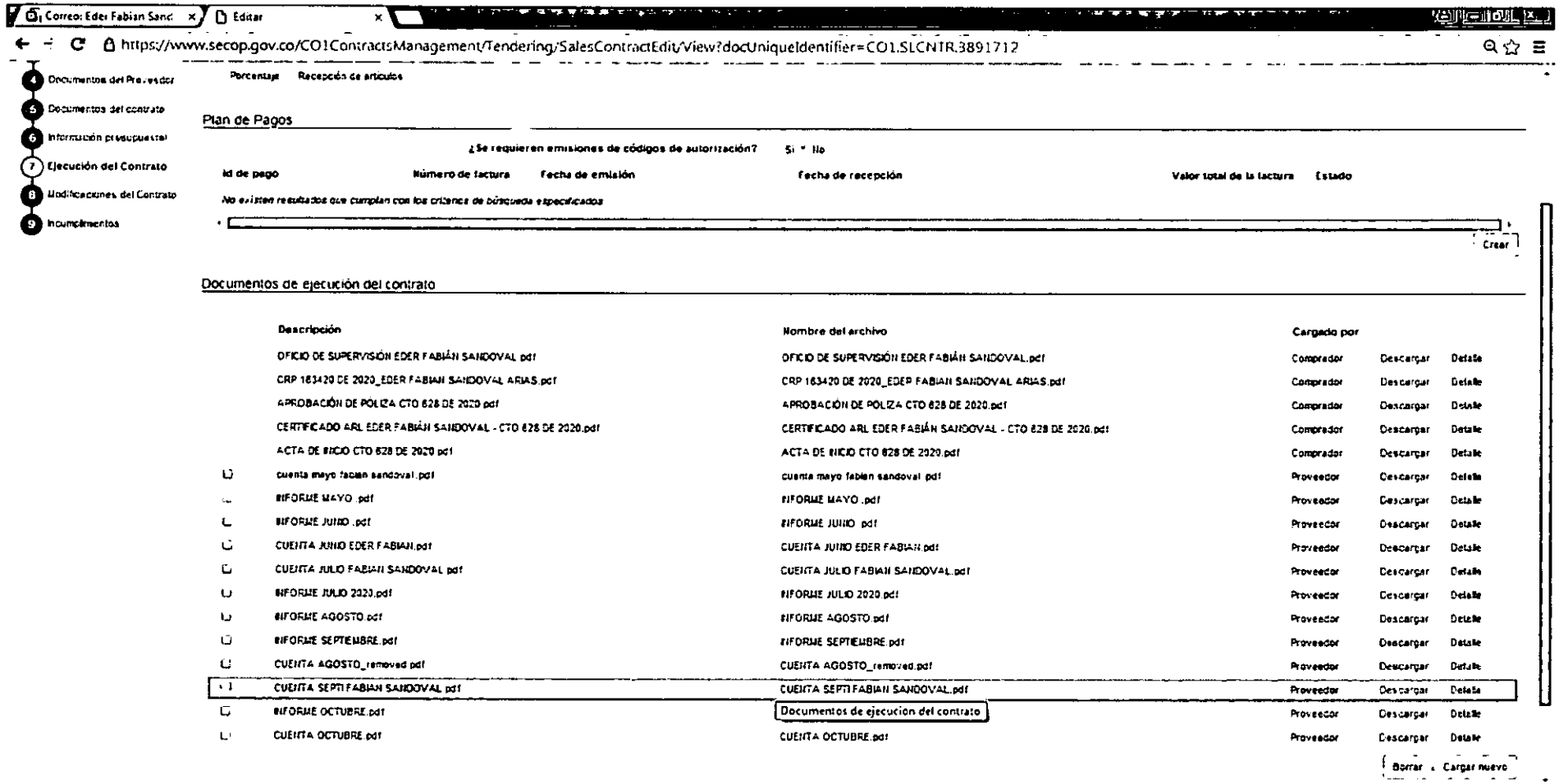
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	19/11/2020	48257923	$254.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Trabajo	Extranjero	Cotiz. Exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Dotación	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	9770836	SANDOVAL ARIAS EDER FABIAN	39	0			N																	230201	877 803	140 500	0	0	0	0	EPS002	877 803	109 800	14-23	877 803	1	4 600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Correo: Eder Fabian Sanc
Editar
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.3891712
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si * No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
OFICIO DE SUPERVISIÓN EDER FABIÁN SANDOVAL.pdf
OFICIO DE SUPERVISIÓN EDER FABIÁN SANDOVAL.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CRP 163420 DE 2020_EDER FABIAN SANDOVAL ARIAS.pdf
CRP 163420 DE 2020_EDER FABIAN SANDOVAL ARIAS.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
APROBACIÓN DE POLIZA CTO 628 DE 2020.pdf
APROBACIÓN DE POLIZA CTO 628 DE 2020.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CERTIFICADO ARL EDER FABIÁN SANDOVAL - CTO 628 DE 2020.pdf
CERTIFICADO ARL EDER FABIÁN SANDOVAL - CTO 628 DE 2020.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
ACTA DE INICIO CTO 628 DE 2020.pdf
ACTA DE INICIO CTO 628 DE 2020.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
cuenta mayo facian sandoval.pdf
cuenta mayo fabian sandoval.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME MAYO .pdf
INFORME MAYO .pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME JUNIO .pdf
INFORME JUNIO .pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JUNIO EDER FABIAN.pdf
CUENTA JUNIO EDER FABIAN.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JULIO FABIAN SANDOVAL.pdf
CUENTA JULIO FABIAN SANDOVAL.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME JULIO 2020.pdf
INFORME JULIO 2020.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME AGOSTO.pdf
INFORME AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME SEPTIEMBRE.pdf
INFORME SEPTIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA AGOSTO_removed.pdf
CUENTA AGOSTO_removed.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA SEPTI FABIAN SANDOVAL.pdf
CUENTA SEPTI FABIAN SANDOVAL.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME OCTUBRE.pdf
Documentos de ejecucion del contrato
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA OCTUBRE.pdf
CUENTA OCTUBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo