SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
El futuro es de todos	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
1	10	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.016.075.290	DE	BOGOTÁ		
TELEFONO DE CONTACTO	319-7272951	FIJO		EXT.	
E-MAIL PERSONAL	DAMIAN041995@GMAIL.COM				
E-MAIL INSTITUCIONAL	DAMIAN041995@GMAIL.COM				
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	550456300109844	C.A.	X

CONTRATO ACTUAL No	DE	Año	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	HONORARIO MENSUAL
694	DE	2020	$ 5.215.500,00	$ 1.738.500,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como Profesional Especializado Tipo F para apoyar los temas relacionados con el sistema integrado de gestión de calidad, basado en la norma ISO 9001:2015 en la Dirección Técnica de Registro

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADOR GRUPO DE GESTION TECNOLOGICA Y

CDP No.	62420	CRP No.	239920
FECHA CDP	9/05/2020	FECHA CRP	24/07/2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTÁ
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

FECHA APROBACION POLIZA (Día / Mes / Año): 08 / 07 / 2020

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO (Día / Mes / Año): 23 / 10 / 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO (Día / Mes / Año): 24 / 07 / 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (MESES / DIAS): 3 / 0

ADICION Y/O PRORROGA

	Día	Mes	Año	MESES	DIAS	VALOR
FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA						
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA						

CDP No. _____ CRP No. _____

VALOR A COBRAR	$ 1.738.500,00
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 1.738.500,00

COBRA CON FACTURA _____ **No de factura** _____

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	09	2020				
AL	30	09	2020	03	30	100%	SEPTIEMBRE

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)	$	109.900	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	140.600	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	3%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	4.700	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	255.200	PLANILLA DE PAGO No.	8345645179

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.215.500,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 405.650,00	$ 405.650,00	$ 4.809.850,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.738.500,00	$ 2.144.150,00	$ 3.071.350,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.738.500,00	$ 3.882.650,00	$ 1.332.850,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
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	09	2020		SEPTIEMBRE
	AL	30	09	2020	03	SEPTIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
Prestar con plena autonomia tecnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL de apoyo a la gestion para desarrollar actividades relacionadas con la implementacion, seguimiento y monitoreo de los protocolos de seguridad de la entidad, en Oficinas de Registro de Instrumentos Publicos de la SNR.	Evidencias enviadas al correo del supervisor y a el area de salud y seguridad en el trabajo.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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 **DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.016.075.290** de **BOGOTÁ** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **694** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **239920** CDP No **62420**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.738.500,00**

Valor en letras: **UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

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

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	09	2020	**PAGO No.**	**SEPTIEMBRE**
	AL	30	09	2020	**03**	**SEPTIEMBRE**

Para constancia se firma en **BOGOTÁ** a los **1** días del mes de **OCTUBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ
COORDINADOR GRUPO DE GESTION TECNOLOGICA Y ADMINISTRATIAVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO
Cedula de Ciudadania No
1.016.075.290 **DE** BOGOTÁ

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. 203 - PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO
No. Identificación: CC1016075290
Dirección: CALLE 22B #73-29
Telefono: 3197272951
Correo: damian041995@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8345645179

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO
Tipo y número de identificación	CC1016075290
Número de planilla	8345645179
Fecha pago	2020-10-01
Número de autorización pago	45645179
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2020
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	255200
Total Intereses de Mora	300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	4700	1
230301	Porvenir	140600	1
EPS005	Sanitas EPS	109900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016075290
APELLIDOS Y NOMBRES: DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGDS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	4600	0

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

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

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___ 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__, adjuntar extracto bancario del credito de vivienda.

8. Pagos efectuados a empresas de medicina prepagada SI__ NO_X_. Articulo 387 del Estatuto Tributario.

En constancia de lo anterior, se firma a los 01 dias del mes de Octubre de 2020.

Atentamente,

Damian Andres Angulo Alvarado

C.C 1016075290 de Bogotá d.c