



**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
3 9 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

DAMIAN ANDRES ANGULO AVARADO

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

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

694

DE

Año

2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 5.215.500,00

HONORARIO MENSUAL

\$ 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

FECHA APROBACION
POLIZA

Día Mes Año

08 07 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTÁ

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

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

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

\$ 1.738.500,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 1.738.500,00

COBRA CON FACTURA
No de factura

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

DEL

01 08 2020

AL

30 08 2020

PAGO No.

No DÍAS

02

30

100%

AGOSTO

AGOSTO

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

Página 1



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

Carta 21.59 cm x 27.94 cm
tamaño a 79%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 20 No. 13-49 Bte. 2011 PBX 01 2282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

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)	\$ 109.800	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	\$ 140.500	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	3%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	8344348459

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	\$ -	\$ -
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	\$ -	\$ -

	Día	Mes	Año	
PERIODO DE PAGO	DEL	01	08	2020
	AL	30	08	2020
	PAGO No.		AGOSTO	
		02	AGOSTO	

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
Prestar con plena autonomía técnica y administrativa su servicios como asistencial de apoyo a la gestion para desarrollar actividades relacionadas con la implementacion, seguimiento y monitoreo de los proccotocolos de bioseguridad de la entidad, en oficinas de registro de instrumentos publicosde la SNR.	Envio documentos pertinentes al area de salud y seguridad en el trabajo de la asistencia y registro de temperatura de funcionarios , contratistas y usuarios de la sede norte de la SNR del mes de Agosto.

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

Página 2



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 24 No. 13-49 Int. 201 - PTA 13062101
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

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 **DAMIAN ANDRES ANGULO AVARADO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.016.075.290** de **BOGOTÁ** cumplió satisfactoriamente 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: \$ **254.900,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	08	2020
AL	30	08	2020

PAGO No.

AGOSTO

02

AGOSTO

Para constancia se firma en **BOGOTÁ** a los **3** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ
COORDINADOR GRUPO DE GESTION TECNOLOGICA Y ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

DAMIAN ANDRES ANGULO AVARADO
Cedula de Ciudadania No
1.016.075.290 DE BOGOTÁ

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

Pagina 4



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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 10-49 Int. 201 - PBX (01) 2321211
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN

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: 8344348459

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1016075290	Periodo de Cotización Salud	julio de 2020
Número de planilla	8344348459	Periodo de Cotización Pensión	julio de 2020
Fecha pago	2020-09-02	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	44348459	Total Pagado	254900
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	4600	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	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

		Código FG-CP-PR-07-FR-02
		Versión 02
		Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020		

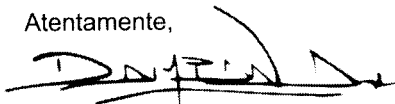
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma 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 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 Construcción (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_. Artículo 387 del Estatuto Tributario.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de Agosto de 2020.

Atentamente,




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>