SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO — La guarda de la fe pública — 60 Años	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Versión: 04 S. Minimo 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
16	12	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LUIS CAMACHO RAMIREZ					
CEDULA DE CIUDADANIA No.	80.017.046	**DE**	BOGOTA			
TELEFONO DE CONTACTO	312-5510506	**FIJO**	0	**EXT.**	0	
E-MAIL PERSONAL	luiscamachoramirez@yahoo.com					
E-MAIL INSTITUCIONAL	luis.camacho@supernotariado.gov.co					
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	168-9380027-07	**C.A.**	X	**C.C.**

CONTRATO ACTUAL No	**Año**		
19	**2020**	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$4.346.250**
		HONORARIO MENSUAL	**$1.738.500**

OBJETO DEL CONTRATO: El contrato tiene por objeto:Realizar la depuracion de secuenciales, a traves de la identificacion de numeros de matricula inmobiliaria y remplazarlos por el numero de identidad del derecho inscrito en la base de datos registral, lo cual se realizara mediante el uso del aplicativo " PARA IDENTIFICACION Y CORRECCION DE SECUENCIALES,ACCESO Y ACTUALIZACION DE TITULARES EN LA BASE DE DATOS REGISTRAL",Riohacha, Palmira,Sogamoso y las demas que se requiera.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: JHON FREDY GONZALEZ DUEÑAS

CARGO DEL SUPERVISOR: SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA PROTECCION, RESTITUCION Y FORMALIZACION DE TIERRA

CDP No.	**820**	**CRP No.**	**1820**		
FECHA CDP	**17/09/2020**	**FECHA CRP**	**14/10/2020**		
LUGAR DE EJECUCION				**FECHA APROBACION POLIZA** (Día / Mes / Año)	
CIUDAD	BOGOTA				
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA			**FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO** (Día / Mes / Año)	15 / 12 / 2020
FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO (Día / Mes / Año)	15 / 10 / 2020			**TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** (MESES / DIAS)	2 / 1

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA (Día / Mes / Año)		**CDP No.**		**CRP No.**	
FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA (Día / Mes / Año)		**MESES**	**DIAS**	**VALOR**	

VALOR A COBRAR	**$ 869.250,00**	**COBRA CON FACTURA**	**No de factura**
VALOR TOTAL # DE DIAS			
$ 869.250,00			

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año			**MES A COBRAR**
DEL	01	12	2020	**PAGO No.**	**No DÍAS**	DICIEMBRE
AL	15	12	2020	**03**	**15**	DICIEMBRE

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	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$ 140.500	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 9.200	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	**$ 259.500**	PLANILLA DE PAGO No.	**8610249162**

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **$4.346.250**

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 927.200,00	$ 927.200,00	$ 3.419.050,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.738.500,00	$ 2.665.700,00	$ 1.680.550,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 869.250,00	$ 3.534.950,00	$ 811.300,00
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		
DEL	01	12	2020	PAGO No.	DICIEMBRE
AL	15	12	2020	03	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1.Garantizar el cumplimiento de los procedimientos y estandares definidos para el desarrollo de procesos de depuracion de numeros secuenciales entregado por el contratante. 2.Asistir a la capacitacion de presentacion y uso del aplicativo " PARA LA IDENTIFICACION Y CORRECCION DE SECUENCIALES, ACCESO Y ACTUALIZACION DE TITULARES EN LA BASE DE DATOS REGISTRAL".	1. Informe 4 2. Informe 5 3. Informe 6 4. Informe final

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
3.Garantizar el cumplimiento del reparto de trabajo semanal, presentado para el desarrollo del proceso de depuracion de numeros secuenciales entragados por el contratante. 4.Realizar la busqueda de los secuenciales en las escrituras publicas o ducumentos inscritos, que se encuentre en el aplicativo o IRIS documental y de no ser asi, buscar de manera fisica en los archivo de ORIP de Riohacha, Palmira, Sogamoso y las demas que se requiera. 5.Realizar la depuracion de secuenciales identificados en cada uno de los folios de matricula inmobiliaria, digitando el numero de identificacion encontrado y validado, acorde al aplicativo "PARA LA IDENTIFICACION Y CORRECCION DE SECUENCIALES, ACCESO Y ACTUALIZACION DE TITULARES EN LA BASE DE DATOS REGISTRAL". 6.Informar de manera oportuna a la entidad cualquier anomalia o irregularidad presentada en el proceso de depuracion y en el uso del aplicativo " PARA LA IDENTIFICACION, CORRECCION DE SECUENCIALES, ACCESO Y ACTUALIZACION DE TITULARES EN LA BASE DE DATOS REGISTRAL. 7.Las demas que sean requeridas para el desarrollo de las jornadas comtempladas por la entidad y acordadas con el consultor.	

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 **LUIS CAMACHO RAMIREZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **80.017.046** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **19** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **1820** CDP No **820**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 869.250,00**

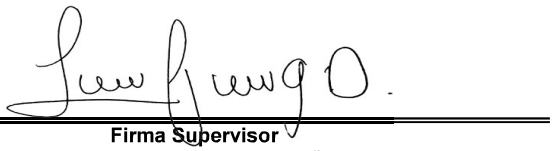
Valor en letras: **OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

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	12	2020	**PAGO No.**	**DICIEMBRE**
	AL	15	12	2020	**03**	**DICIEMBRE**

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **16** días del mes de **DICIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR



Firma Supervisor
JHON FREDY GONZALEZ DUEÑAS
SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA PROTECCION, RESTITUCION Y FORMALIZACION DE TIERRA

CONTRATISTA



Firma Contratista
LUIS CAMACHO RAMIREZ
Cedula de Ciudadania No
80.017.046 **DE** BOGOTA

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8610249162
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8609434434
Fecha Pago Planilla: 2020-12-11

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	LUIS CAMACHO RAMIREZ	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	80017046	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	KRA 18G 16 73	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	SOACHA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	LUISCAMACHORAMIREZ@YAHOO.COM	TELÉFONO	
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 11	Año: 2020	Mes: 11	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		8610249162

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-80017046	59	No	No	No	25	754	Salario	CAMACHO RAMIREZ LUIS	$877.803

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 80017046																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 80017046	COLPENSIONES	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 80017046	SANITAS	30	$877.803	0.1250000	$109.800	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	89999907	0.0104400	$9.200

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-80017046	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 11											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	$140.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$140.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	1	$109.800	$0	0	$0	0	$0	$109.800	0	$0	$0	$109.800	$0	0	$0	$0	$109.800	$0	$0	$109.800

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	$9.200	0	$0	$0	$9.200	0	$0	$9.200	0	$0	$0	$9.200

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	0	$0	$0
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$109.800
PENSIONES	1	$140.500
RIESGOS PROFESIONALES	1	$9.200
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$259.500

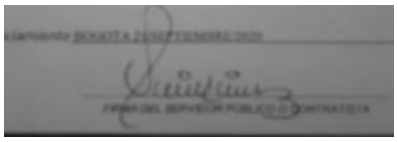
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

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__
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__, adjuntar estracto bancario del credito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 16 días del mes de diciembre de 2020.

Atentamente,

Firma 

Nombre LUIS CAMACHO RAMIREZ

Cedula 80.017.046