SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años	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: Día 29 | Mes 01 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.037.597.447	DE	ENVIGADO				
TELEFONO DE CONTACTO	311-3862432	FIJO	3851000	EXT.	2249		
E-MAIL PERSONAL	juanda.belo@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	juan.bermudez@supernotariado.gov.co						
BANCO	AV. VILLAS	No DE CUENTA	509960717	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 932 DE Año 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 8.783.380,00

HONORARIO MENSUAL: $ 1.986.870,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios de apoyo a la gestión como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al 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 la ORIP MEDELLIN SUR.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	39221	CRP No.	39221
FECHA CDP	3/01/2021	FECHA CRP	3/01/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 21 | Mes 12 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MEDELLIN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 30 | Mes 04 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 23 | Mes 12 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 4 | DIAS 8

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: $ 1.986.870,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.986.870,00

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS	
DEL	01	01	2021			ENERO
AL	30	01	2021	02	30	100% ENERO

Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 cm	Superintendencia de Notariado y Registro
Izq.	0.8 cm	Derecha	0.8 cm	tamaño a 79%	Calle 26 No 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Enc.	0.8 cm	P. de pag.	0.8 cm	FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESIÓN	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)	$	103.600	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$	132.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$	4.400	ARP SURA	0.522%
TOTAL A PAGAR	$	240.500	PLANILLA DE PAGO No.	1034524183

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 8.783.380,00		
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 514.400,00	$ 514.400,00	$ 8.268.980,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.986.870,00	$ 2.501.270,00	$ 6.282.110,00
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		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Dia	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	01	2021		ENERO
AL	30	01	2021	02	ENERO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
A. Proceso en línea de producción del SGD. B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR. C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS	A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados. B. Se procedió a prestar apoyo en el área de alistamiento en 187 documentos de 3945. C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 186 de un total de 3945

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
E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno. F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes	D. El número de carpetas diligenciadas durante el periodo fue de 186 de un total de 3945.

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

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%
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

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 **JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.037.597.447** de **ENVIGADO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **932** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **39221** CDP No **39221**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.986.870,00**

Valor en letras: **UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS CON 00 CTVOS**

El (la) contratista AUTORIZA el descuento para PAGO de los aportes de Salud, Pensión y ARL por valor de: **$ 240.500,00** de conformidad con la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012

PERIODO DE PAGO		Dia	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	01	2021		ENERO
	AL	30	01	2021	02	ENERO

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **29** días del mes de **ENERO** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ

Firma Contratista
JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ
Cedula de Ciudadania No
1.037.597.447 **DE** ENVIGADO

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-15, 01:02:31 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034524183

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8822241050

PAGADO 15/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ		
Documento	CC1037597447	**Dirección**	CRA 41 # 33B SUR 23 APT 301
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4942062
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1037597447	JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ	59	00	R																0	30	30	9	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877,803	$ 140,500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877,803	$ 109,800	0,522	$ 263,341	$ 1,400	(CCF04) COMFAMA	$ 877,803	$ 17,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269,300

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, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877,803	$ 877,803	$ 263,341	$ 877,803	$ 140,500	$ 109,800	$ 1,400	$ 17,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269,300	$ 0	$ 269,300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

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 Económico: SI___ NO_X__ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, 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 Cesantías 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. Crédito de Vivienda SI___ NO __X__, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 días del mes de ENERO de 2021.

Atentamente,

Juan David Barrientes López
NOMBRE

CC. 1.037-597497