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: Dia 25 | Mes 03 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JUAN DAVID RUIZ ALARCON						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.128.403.194	DE	MEDELLIN				
TELEFONO DE CONTACTO	318-8774593	FIJO	3851000	EXT.	2249		
E-MAIL PERSONAL	jd.ruizalarcon@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	juand.ruiz@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	27514426754	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	933	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 8.783.380,00
DE Año	2020	HONORARIO MENSUAL	$ 1.986.870,00
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios de apoyo a la gestion 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.	39321	CRP No.	39321	FECHA APROBACION POLIZA	Día 21 / Mes 12 / Año 2020
FECHA CDP	3/01/2021	FECHA CRP	3/01/2021		
LUGAR DE EJECUCION					
CIUDAD	MEDELLIN			FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO	Día 30 / Mes 04 / Año 2021
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA				
FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO	Día 22 / Mes 12 / Año 2020			TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MESES 4 / DIAS 9

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	$ 1.986.870,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 1.986.870,00		

	Día	Mes	Año				
PERIODO DE PAGO DEL	01	03	2021	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	31	03	2021	04	30	100%	MARZO

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)	$ 103.600	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 132.500	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 4.400	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 240.500	PLANILLA DE PAGO No.	48330639

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	$ 578.700,00	$ 578.700,00	$ 8.204.680,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.986.870,00	$ 2.565.570,00	$ 6.217.810,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.986.870,00	$ 4.552.440,00	$ 4.230.940,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 1.986.870,00	$ 6.539.310,00	$ 2.244.070,00
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	03	2021	PAGO No.	MARZO
AL	31	03	2021	04	MARZO

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	A. Archivo de carpetas, anexando certificado de calificación y tipificación de carpetas. Custodia archivo temporal. Prestamos carpetas a bogados y la coordinación jurídica que lo requiera. Entrega de carpetas a ventanilla de entrega Total documentos ingresados en el mes fueron de : 8991

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
D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS 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.	

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

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años — La guarda de la fe pública	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Versión: 04
	Fecha: 09 / 01 / 2019

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 **JUAN DAVID RUIZ ALARCON** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.128.403.194** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **933** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **39321** CDP No **39321**

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

		Dia	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	03	2021	PAGO No.	MARZO
	AL	31	03	2021	04	MARZO

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **25** días del mes de **MARZO** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GLORIA PATRICIA GALLEGO BETANCUR
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Juan David Ruiz Alarcón

Firma Contratista
JUAN DAVID RUIZ ALARCON
Cedula de Ciudadania No
1.128.403.194 **DE** MEDELLIN

Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 cm	Superintendencia de Notariado y Registro Calle 26 No 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121 Bogotá D.C. - Colombia http://www.supernotariado.gov.co
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	

ARUS®

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-06, 10:57:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 48330639

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021

PAGADO 05/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN DAVID RUIZ ALARCON		
Documento	CC1128403194	**Dirección**	CR 46 No 90-64 INT 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5728169
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

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 AFP	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
CC 1128403194	JUAN DAVID RUIZ ALARCON	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 908.526	$ 113.600	0.522	$ 908.526	$ 4.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800

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
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800	$ 0	$ 263.800

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517606.

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

EXPERTOS en PILA

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

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 _MARZO____de 2021.

Atentamente,

NOMBRE Juan David Roa Alarcon
CC. 1.128.403.194