SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública — El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	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
30	04	2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JULIO CESAR JIMENEZ CORREA				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	12.581.953	**DE**	EL BANCO - MAGD		
TELEFONO DE CONTACTO	315-6268048	**FIJO**	5781440	**EXT.**	
E-MAIL PERSONAL	juliocjc60@hotmail.com				
E-MAIL INSTITUCIONAL	julio.jimenez@supernotariado.gov.co				
BANCO	AGRARIO DE COLOMBIA	**No DE CUENTA**	424030007373	**C.A.** X	**C.C.**

CONTRATO ACTUAL

No		Año
305	DE	2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 11.085.000,00

HONORARIOS MENSUALES $ 3.695.000,00

OBJETO DEL CONTRATO Prestar con plena autonomía tecnica y administrativa sus servicios como Profesional Universitario Tipo B, para las actividades desarrolladas en el programa de Formalización y Saneamiento de la propiedad de inmueble urbana que adelanta la Superintendencia Delegada para la protección, Restitución y Formalización de Tierras a nivel nacional.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA

CARGO DEL SUPERVISOR COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION

CDP No.	69721	**CRP No.**	170021
FECHA CRP	26/02/2021	**FECHA CRP**	23/03/2021

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
23	03	2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	VALLEDUPAR
DEPARTAMENTO	CESAR

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

Día	Mes	Año
24	03	2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
24	03	2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
3	0

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 $ 3.695.000,00

COBRA CON FACTURA — **No de factura**

VALOR TOTAL # DE DIAS $ 3.695.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	04	2021	PAGO No.	No DÍAS		ABRIL
AL	30	04	2021	02	30	100%	ABRIL

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)	$ 184.800	SALUD TOTAL SA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	$ 236.500	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 15.500,00	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
	TOTAL A PAGAR	**$ 436.800,00**	PLANILLA DE PAGO No.	**9419351262**

4

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO **$ 11.085.000,00**

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 862.162,00	$ 862.162,00	$ 10.222.838,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.695.000,00	$ 4.557.162,00	$ 6.527.838,00
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		Día	Mes	Año		
	DEL	01	04	2021	PAGO No.	ABRIL
	AL	30	04	2021	02	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Aportar y cargar en la Plataforma Transaccional del SECOP II, para conocimiento de la SUPERINTENDENCIA y en los plazos en los que se le determine, los documentos requeridos para el inicio del contrato. 2. Constituir la Garantía Única, dentro de los tres (03) días siguientes a la suscripción del contrato a favor de la Superintendencia de Notariado y Registro por los valores y con los amparos previstos, mantenerla vigente durante el término establecido por la SUPERINTENDENCIA y cargarla en la Plataforma Transaccional del SECOP II para su posterior aprobación por la SUPERINTENDENCIA.	1- Se recopilaron nuevas solcitudes de adjudicación de de predios urbanos en el municipio de Bosconia, en dos barrios. 2.- Se apoyo realización de filtros en la base del municipio de Pasto.

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
3. Remitir el soporte de la afiliación a la A.R.L a la Dirección de Contratación dentro de los tres (03) días siguientes a la firma del contrato por la Plataforma SECOP II. 4. Suscribir, conjuntamente con el supervisor, el acta de inicio correspondiente una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. 5. Aportar el examen médico de salud ocupacional solicitado por la SNR con la presentación de la primera cuenta de cobro. 6. Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondos de Pensiones (A.F.P.) y a una Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) y, encontrarse al día en el pago de los respectivos aportes. 7. Ejecutar con plena autonomía técnica y administrativa el objeto contractual. 8. Ejecutar el objeto contractual en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad de conformidad a los parámetros establecidos por la SNR. 9. Para efectos del pago mensual de honorarios EL CONTRATISTA deberá presentar: Impresión o fotocopia de la respectiva planilla con la que se realiza el pago discriminados E.P.S., A.F.P. y A.R.L., salvo las excepciones legalmente establecidas y el formato informe de supervisión de cumplimiento de contrato prestación de servicios aprobado por el supervisor del contrato, formato de retención en la fuente y cargar las evidencias de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II. 10. Sin perjuicio de la autonomía técnica y administrativa, atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de quien sea designado como supervisor del contrato. 11. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. 12. Corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del objeto contractual. 13. Disponer lo necesario para que el objeto del contrato se cumpla a cabalidad. 14. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, informando inmediatamente a la Superintendencia de Notariado y Registro y demás autoridades competentes cuando se presenten tales circunstancias. 15. Cumplir con los demás deberes a su cargo que se deriven de la naturaleza del contrato. 16. Subir a la Plataforma Transaccional del SECOP II los informes mensuales, dentro de los cinco (05) días siguientes a la aprobación de los mismos. 17. Queda prohibido prestar el servicio en estado de embriaguez y/o bajo el consumo de sustancias psicoactivas. 18. Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato. 19. Presentar al Supervisor del Contrato los siguientes informes en original y copia o vía correo electrónico y cargarlos en la plataforma SECOP II: A) Informes mensuales que den cuenta sobre el cumplimiento mensual de sus obligaciones, la meta semanal propuesta y el estado de ejecución del objeto. B) Informe final a la terminación del contrato que consolide todas las actividades y resultados obtenidos durante la ejecución del contrato, señalando aquellos aspectos que considere relevantes y formulando recomendaciones para garantizar el buen funcionamiento de la entidad. 20. Legalizar, dentro del mismo mes de su reconocimiento, los viáticos pagados y reconocidos por la Entidad. De no hacerlo, la cuenta de cobro del mes correspondiente no será tramitada hasta tanto EL CONTRATISTA acredite la legalización pendiente. 21. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.22. Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por LA SUPERINTENDENCIA relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. 23. Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con el manual de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación. 24. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental.	3.- Se realizó reunión en el muncipio de Bosconia con el Secretario de Planeación Municipal y un tecnico de un area de topografia, con el proposito de dar inicio a la recoleción de documentos y llenados de formularios de los ocupantes, labor que se inició.

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 **JULIO CESAR JIMENEZ CORREA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **12.581.953** de **EL BANCO - MAGD** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **305** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **170021** CDP No **69721**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3.695.000,00**

Valor en letras: **TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS CON 00 CTVOS**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	04	2021	**PAGO No.**	**ABRIL**
	AL	30	04	2021	**02**	**ABRIL**

Para constancia se firma en **VALLEDUPAR** a los **30** días del mes de **ABRIL** de **2021**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA
COORDINADORA GRUPO DE FORMALIZACION

CONTRATISTA

Firma Contratista
JULIO CESAR JIMENEZ CORREA
Cedula de Ciudadania No
12.581.953 **DE** EL BANCO - MAGD

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___
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__X_ NO___,
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 abril de 2021.

Atentamente,



JULIO CESAR JIMENEZ CORREA

CC. 12.581.953

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12581953		JIMENEZ CORREA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 15 A #20A - 34	BOSCONIA-CESAR	5709164	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	18432712	9419351262	I	2021/05/13	2021/04/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$436,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,478,000	$236,500			$1,478,000	$184,800			$0	$0			$1,478,000	$15,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,478,000	$236,500			$1,478,000	$184,800			$0	$0			$1,478,000	$15,500		$0	$0
Ciudad: BOSCONIA Depto: CESAR (1 Afiliados)					$1,478,000	$236,500			$1,478,000	$184,800			$0	$0			$1,478,000	$15,500		$0	$0
1	CC 12581953	JIMENEZ JULIO	25-14	30	$1,478,000	$236,500	EPS002	30	$1,478,000	$184,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,478,000	$15,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,478,000	$236,500			$1,478,000	$184,800			$0	$0			$1,478,000	$15,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12581953		JIMENEZ CORREA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 15 A #20A - 34	BOSCONIA-CESAR	5709164	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	18432712	9419351262	I	2021/05/13	2021/04/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$436,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,500	$0	$0	$236,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$236,500	$0	$0	$236,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,500	$0	$0	$15,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,500	$0	$0	$15,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$184,800	$0	$0	$184,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$184,800	$0	$0	$184,800
TOTAL				**1**	**$436,800**	**$0**	**$0**	**$436,800**