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	Mes	Año
30	07	2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	MANUELA MESA RAMIREZ					
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.037.649.360	**DE**	ENVIGADO			
TELEFONO DE CONTACTO	321-8715958	**FIJO**	5107070	**EXT.**	2044	
E-MAIL PERSONAL	manuelamesaramirez@gmail.com					
E-MAIL INSTITUCIONAL						
BANCO	COLPATRIA	**No DE CUENTA**	1882013001	**C.A.**	X	**C.C.**

CONTRATO ACTUAL No	636	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	$ 5.215.000,00
Año	2020	**HONORARIO MENSUAL**	$ 1.738.500,00
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL de apoyo a la gestión para desarrollar actividades relacionadas con la implementación, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad, en Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos de la SNR. ORIP MEDELLÍN NORTE.		
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	NATALIA GIRALDO GIRALDO		
CARGO DEL SUPERVISOR	CORD. GESTION TECNOLOGICA Y ADMINISTRATIVA		

CDP No.	64220	**CRP No.**	185620	**FECHA APROBACION POLIZA**	Día 22 / Mes 05 / Año 2020
LUGAR DE EJECUCION					
CIUDAD	MEDELLIN			**FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO**	Día 22 / Mes 08 / Año 2020
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA				
FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO	Día 22 / Mes 05 / Año 2020			**TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**	MESES 3 / DIAS

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	**COBRA CON FACTURA**	**No de factura**
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 1.738.500,00	NO	

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	**PAGO No.**	**No DÍAS**
	DEL	01	07	2020	03	30
	AL	30	07	2020		

MES A COBRAR: JULIO (DEL) / JULIO (AL) 100%

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

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%	Bogotá D.C. - Colombia
Enc.	0.8 cm	**P. de pag.**	0.8 cm	**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 SURA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	$ 140.500	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 4.600	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	18075519

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.215.000,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	X	$ 521.550,00	$ 521.550,00	$ 4.693.450,00
PAGO 02	X	$ 1.738.500,00	$ 2.260.050,00	$ 2.954.950,00
PAGO 03	X	$ 1.738.500,00	$ 3.998.550,00	$ 1.216.450,00
PAGO 04			$ -	$ -
PAGO 05			$ -	$ -
PAGO 06			$ -	$ -
PAGO 07			$ -	$ -
PAGO 08			$ -	$ -
PAGO 09			$ -	$ -
PAGO 10			$ -	$ -
PAGO 11			$ -	$ -
PAGO 12			$ -	$ -
PAGO 13			$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	07	2020		JULIO
AL	30	07	2020	03	JULIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
: 1) Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfección de los espacios de uso público y lugares de trabajo, de acuerdo al lugar de ejecución, impartidas por la Dirección de Talento Humano, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19. 2) Tomar o verificar según se requiera, la toma de la temperatura de los funcionarios y contratistas y usuarios previo al ingreso a las instalaciones de las ORIP y demás dependencias de la entidad y llevar un registro de los datos arrojados en la toma, en caso de que el resultado sea de 38 grados o superior, no permitirá su ingreso y	Seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad y de los usuarios, con acciones como tomar la temperatura de los funcionarios - contratista y de los usuarios que ingresan a la oficina, asi mismo proveer de gel antibacterial y alcohol.

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 (+)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
3) Revisar que la persona al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tenga debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo, negar su ingreso y llenar encuesta o realizar las preguntas que se requieran. 4) Requerir al funcionario, contratista o usuario que vaya a ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol. 5) Solicitarle a la persona que ingresa a la entidad, en los casos en que haya lavamanos, que haga el debido lavado de manos con agua y jabón por mínimo 20 segundos. 6) Preguntar a la persona que ingresa si presenta síntomas de tos seca, problemas respiratorios o relacionados, en caso positivo, si es funcionario o contratista notificarlo inmediatamente al área de Seguridad y Salud en el Trabajo, si es usuario restringir la entrada. 7) Apoyarse de la Dirección de Talento Humano para tomar decisiones relacionadas con la aplicación del protocolo de bioseguridad COVID 19, que le haya sido asignado como cumplimiento del objeto contractual. 8) Verificar que el respeto en la distancia de dos metros entre los usuarios que adelanten actividades en las instalaciones de la entidad; así como en los casos en que aplique, en los recintos en que se encuentran los funcionarios ejecutando su labor. 9) Asegurar que el ingreso escalonado para asegurar la distancia de dos metros entre cada persona. 10) Dar a conocer al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado. 11) Cumplir a cabalidad el presente protocolo de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento. 12) Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes. 13) Reportar al Registrador o al Jefe de dependencia, con oportunidad y de preferencia en forma anticipada, las bajas existencias, agotamiento o inexistencia de los elementos dados para ejecutar las actividades relacionadas con el objeto contractual e informar a la Dirección de Talento Humano para que resuelva esta situación a la brevedad. 14) Reportar en forma inmediata a los vigilantes cualquier novedad que se presente en la toma y aplicación de las medidas de bioseguridad que le impidan su ejecución y en alguna forma altere la tranquilidad en las instalaciones de la entidad. 15) Diligenciar los formularios de implementación, seguimiento e implementación del protocolo de bioseguridad, para remitir a las dependencias que se requieran. 16) Las demás que le sean asignadas por el supervisor, que tengan relación con el objeto contractual.	

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 **MANUELA MESA RAMIREZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.037.649.360** de **ENVIGADO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **636** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **185620** CDP No **64220**

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	PAGO No.	
	DEL	01	07	2020		JULIO
	AL	30	07	2020	03	JULIO

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **30** días del mes de **JULIO** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
NATALIA GIRALDO GIRALDO
CORD. GESTION TECNOLOGICA Y ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Manuela Mesa Ramirez

Firma Contratista
MANUELA MESA RAMIREZ
Cedula de Ciudadania No
1.037.649.360 **DE** ENVIGADO

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 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_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 Construccion (AFC) SI___ NO_x__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Credito de Vivienda SI___ NO _x__, adjuntarv estracto bancario del credito de vivienda.

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

Atentamente,

Manuela Mesa Ramirez

MANUELA MESA RAMIREZ

CC. 1.037.649.360 DE ENVIGADO

REPORTE MENSUAL

01/07/2020 al 30/07/2020

DATOS GENERALES	
Nombre	**Manuela Mesa Ramírez**
Cargo	**Auxiliar Administrativo**
Correo Electrónico	**Manuela.mesa@supernotariado.gov.co**
Área donde labora	**Protocolo de bioseguridad**

ACTIVIDADES REALIZADAS
Seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad y de los usuarios, con acciones como tomar la temperatura de los funcionarios - contratista y de los usuarios que ingresan a la oficina, asi mismo proveer de gel antibacterial y alcohol.

Manuela Mesa Ramirez

Firma de contratista
MANUELA MESA RAMIREZ
CC. 1.037.649.360 de Envigado

Firma de supervisor
NATALIA GIRALDO GIRALDO
Coord. Gestión Tecnológica Administrativa

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos
Medellín Norte - Antioquia
Dirección: Carrera 47 No 52-122 Int 201
Teléfono:(4) 5107070
E-mail: ofiregismedellinnorte@supernotariado.gov.co

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MANUELA MESA RAMIREZ
IDENTIFICACION:	CC-1037649360
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-07-29
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-07-14
FECHA DE PAGO:	2020-07-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2020-06
PERIODO SALUD:	2020-06
NUMERO PLANILLA:	18075519
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	18075519
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 140.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.600	$ 4.600
			Total a pagar	$ 2.633.409	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.900	$ 254.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/08/2020