



**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
14 12 2020

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1.016.075.290

DE

BOGOTÁ

TELEFONO DE CONTACTO

319-7272951

FIJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

DAMIAN041995@GMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL

DAMIAN041995@GMAIL.COM

BANCO

DAVIVIENDA

No DE CUENTA

550456300109844

C.A.

X

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

694

DE

Año

2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 7.823.250,00

HONORARIO MENSUAL

\$ 1.738.500,00

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar con plena autonomia tecnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL de apoyo a la gestion para desarrollar actividades relacionadas con la implementacion, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la entidad, en oficinas de registro de instrumentos publicos de Bogota Norte de la SNR.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADOR GRUPO DE GESTION TECNOLOGICA Y

CDP No.

62420

CRP No.

239920

Día Mes Año

FECHA CDP

09/05/2020

FECHA CRP

24/07/2020

FECHA APROBACION POLIZA

LUGAR DE EJECUCION

08 07 2020

CIUDAD

BOGOTÁ

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

Día Mes Año

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO

08 12 2020

FECHA DE SUSCRIPCION DEL
ACTA DE INICIO

Día Mes Año
24 07 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES DIAS
4 16

FECHA DE INICIO DE LA ADICION
Y/O PRORROGA

Día Mes Año
24 10 2020

ADICION Y/O PRORROGA

CDP No. 71720

CRP No. 301420

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O
PRORROGA

Día Mes Año
8 12 2020

MESES DIAS

1 16

VALOR

2.607.750,00

VALOR A COBRAR

\$ 1.738.500,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 1.738.500,00

PERIODO DE PAGO

DEL 01 11 2020
AL 30 11 2020

PAGO No. No DÍAS

06 30 100%

MES A COBRAR

NOVIEMBRE

NOVIEMBRE

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

Página 1

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%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 25 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1) 3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

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 SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	\$ 140.500	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	3%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	\$ 4.600	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 254.900	PLANILLA DE PAGO No.	47314224

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	7.823.250,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 405.650,00	\$ 405.650,00	\$ 7.417.600,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 1.738.500,00	\$ 2.144.150,00	\$ 5.679.100,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO \$ 1.738.500,00	\$ 3.882.650,00	\$ 3.940.600,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO \$ 1.332.850,00	\$ 5.215.500,00	\$ 2.607.750,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO \$ 405.650,00	\$ 5.621.150,00	\$ 2.202.100,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO \$ 1.738.500,00	\$ 7.359.650,00	\$ 463.600,00
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	\$ -	\$ -

	Día	Mes	Año	PAGO No.
PERIODO DE PAGO	DEL 01	11	2020	NOVIEMBRE
	AL 30	11	2020	06 NOVIEMBRE

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 la temperatura de los funcionarios, contratistas y usuarios previo al ingreso a las instalaciones de las ORIP y llevar un registro de los datos arrojados en la toma, en caso de que el resultado sea	1. Se verifican los espacios de la oficina donde permanezcan los funcionarios, contratistas y usuarios que permanezcan con debida limpieza y desinfección acogidos a los protocolos de bioseguridad que deben cumplir las instalaciones. 2. Se cumple con la toma de temperatura a funcionarios, contratistas y usuarios que ingresen a la ORIP sede norte, informando cuando así se determine la temperatura de 38 grados o superior de algun contratista y funcionario y de igual manera evitando el

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

Página 2



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

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 AJUSTAR IMPRESION

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>de 38 grados o superior, no permitírásu ingreso y deberáreportarlo a la Dirección de Talento Humano para que tome las medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad COVID 19. 3. Tomar la temperatura de los funcionarios y contratistas al inicio y al finalizar la jornada laboral, en las instalaciones de las ORIP y llevar un registro de los datos arrojados en la toma, en caso que el resultado sea de 38 grados o superior reportarlo a la Dirección de Talento Humano para que tome las medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad COVID 19. 4. 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. 5. Requerir al funcionario, contratista o usuario que vaya a ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol. 6. 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. 7. 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. 8. 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. 9. Verificar que el respeto en la distancia de dos metros entre los usuarios que adelanten actividades en las instalaciones de la entidad; asicomo en los casos en que aplique, en los recintos en que se encuentran los funcionarios ejecutando su labor. 10. Asegurar el ingreso escalonado para11. Dar a conocer al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado. 12. Cumplir a cabalidad el protocolo de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento. 13. Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes. 14. 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.</p>	<p>ingreso de los usuarios que marquen temperatura igual o superiores a los 38 grados . 3. se lleva el registro en el formato adecuado de temperatura , y datos de los usuarios, contratistas y funcionarios ue ingresen a las instalaciones. 4. se revisa atentamente que toda persona que ingrese a las instalaciones lleve bien puesto el tapaboca de igual manera que cumpla con el uso de gel antibacterial. 5. Se cumple con el orden dentro de las instalaciones tanto como de funcionarios como de usuarios respecto al debido distanciamiento que debe haber entre ellos por los protocolos de bioseguridad. 6. informar inmediatamente al supervisor y de igual manera al area de salud y seguridad en el trabajo cualquier incumplimiento tanto de funcionarios como de usuarios en los que se impida o se incumpla con los protocolos de bioseguridad dentro de las instalaciones. 7. se envían semanalmente por correo a area de salud y seguridad en el trabajo el reporte de la toma de temperatura de contratistas funcionarios y usuarios de la ORIP sede norte.</p>

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



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

Página 3

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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / P6X (13282121)
Bogotá D.C. - Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>

FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESION



**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 **DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO** identificado (a) con cedula de ciudadanía
No **1.016.075.290** de **BOGOTÁ** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones
del contrato de Prestación de Servicios No **694** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos,
y demás normas técnicas exigibles.
del CRP No. **301420** CDP No **71720**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **1.738.500,00**

Valor en letras: **UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS 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	11	2020	PAGO No. NOVIEMBRE
	AL	30	11	2020	

Para constancia se firma en **BOGOTÁ** a los **11** días del mes de **DICIEMBRE** de **2020**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ
COORDINADOR GRUPO DE GESTION TECNOLÓGICA Y ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista

DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO
Cedula de Ciudadanía No
1.016.075.290 DE BOGOTÁ

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

Página 4



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

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 AJUSTAR IMPRESION



Se certifica que **DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO**, identificada con **CC** número **1016075290**, aportó por el empleado **DAMIAN ANDRES ANGULO ALVARADO**, identificado(a) con **CC** número **1016075290** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **47314224** para el periodo de salud **2020-10** y pensiones **2020-10** de la siguiente forma.

[illegible]

El presente certificado se expide a los 11 días del mes Diciembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

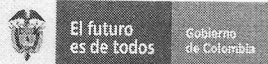
TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALESTOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACIONTOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR
-------	-----------	----------------	---------------

TOTAL ADDRESSABLE SERVICE: 1.1B+ CPEsNUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGUALAR Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	140.500	140.500
SALUD	109.800	109.800
RIESGOS LABORALES	4.600	4.600
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	254.900	254.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

			Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2018
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020			

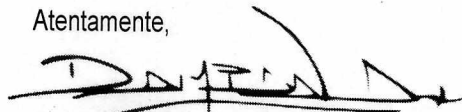
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2020

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. 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 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. Credito de Vivienda SI___ NO_X_, adjuntar extracto bancario del credito de vivienda.
8. Pagos efectuados a empresas de medicina prepagada SI___ NO_X_. Artículo 387 del Estatuto Tributario.

En constancia de lo anterior, se firma a los 11 días del mes de Diciembre de 2020.

Atentamente,


Damian Andres Angulo Alvarado

C.C 1016075290 de Bogotá d.c

