

**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
02 05 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

MILENA MUEGUES FRAGOZO

CEDULA DE CIUDADANIA No.

40.801.732

DE

URUMITA

TELEFONO DE CONTACTO

310-6769849

FLJO

EXT.

E-MAIL PERSONAL

mimufra@hotmail.com

E-MAIL INSTITUCIONAL

BANCO

BANCOLOMBIA

No DE CUENTA

52600000394

C.A.

C.C.

X

CONTRATO ACTUAL

No

104

Año

2021

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 5.373.000,00

HONORARIO MENSUAL

\$ 1.791.000,00

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACION DE SERVICIO ASISTENCIAL - BIOSEGURIDAD - ORIPRIOHACHA

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

CARMEN FRIAS ARISMENDY

CARGO DEL SUPERVISOR

REGISTRADORA ORIP RIOHACHA

CDP No.

53621

CRP No.

90521

FECHA CDP

13/01/2021

FECHA CRP

5/02/2021

FECHA APROBACION POLIZA

Día Mes Año

10 02 2021

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

RIOHACHA

DEPARTAMENTO

LA GUAJIRA

FECHA / FINALIZACIÓN
CONTRATO

Día Mes Año

30 04 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE
INICIO

Día Mes Año
10 02 2021

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES DIAS
2 19

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

\$ 1.791.000,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 1.791.000,00

PERIODO DE PAGO

Día Mes Año
DEL 01 04 2021
AL 30 04 2021

PAGO No.

No DÍAS

03

30

100%

MES A COBRAR

ABRIL

ABRIL

COBRA CON FACTURA

No de factura

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 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (13282121)
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)	\$ 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	ARP SURA	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 240.500	PLANILLA DE PAGO No.	4382709525

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 5.373.000,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	\$ 1.253.700,00	\$ 1.253.700,00	\$ 4.119.300,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	\$ 1.791.000,00	\$ 3.044.700,00	\$ 2.328.300,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	\$ 1.791.000,00	\$ 4.835.700,00	\$ 537.300,00
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		\$ -	\$ -

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	04	2021	PAGO No.	ABRIL
	AL	30	04	2021		03

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
LA CONTRATISTA HIZO ENTREGA DE LOS CORRESPONDIENTES ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A LOS FUNCIONARIOS DE LA ORIP RIOHACHA, TAMBIEN LOS SENCIBILIZO SOBRE EL AUTOCUIDADO, ESTABA ATENTA A LA ENTRADA DE LOS USUARIOS PERCATANDO QUE USARON BIEN LA MASCARRILLA Y QUE SE DESINFECTARAN LAS MANOS CON ALCOHOL.	

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) 3262121
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**

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
DURANTE EL MES DE MARZO SE REALIZO UNA ENTREGA APROXIMADA DE 230 MASCARILLAS, 300 PARES DE GUANTES Y ALCOHOL ALOS FUNCIONARIOS DE LA ORIP RIOHACHA, TAMBIEN SE LES ALBERTIA O SE LES RECORDABA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO, A LOS USUARIOS SE LES INDICABA LA MANERA CORRECTA DEL USO DE LA MASCARILLA Y SE LE RECARCAVA EL AUTOCUIDADO, SE ENFATIZABA LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE LA MANOS Y LA DESINFECCION CON EL ALCOHOL.	

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
Izq. 0.8 cm
Enc. 0.8 cm

Inferior 1.4 cm
Derecha 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 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1) 3262121
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**

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 **MILENA MUEGUES FRAGOZO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **40.801.732** de **URUMITA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **104** de **2021** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **90521** CDP No **53621**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **1.791.000,00**

Valor en letras:

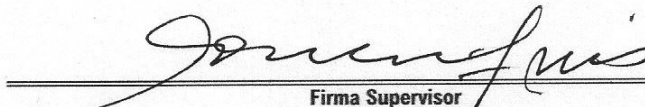
UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS CON 00 CTVOS

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

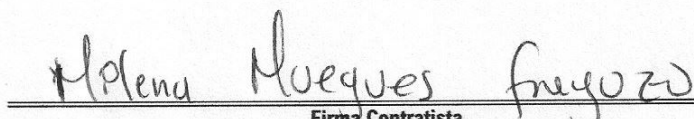
		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	04	2021	PAGO No.	ABRIL
	AL	30	04	2021		03

Para constancia se firma en **RIOHACHA** a los **02** días del mes de **MAYO** de **2021**

SUPERVISOR


Firma Supervisor
CARMEN FRIAS ARISMENDY
REGISTRADORA ORIP RIOHACHA

CONTRATISTA


Firma Contratista
MILENA MUEGUES FRAGOZO
Cedula de Ciudadania No
40.801.732 DE URUMITA

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 IMPRESIÓN

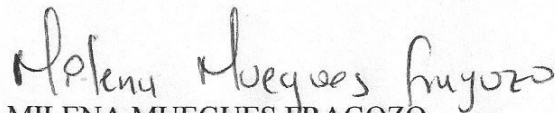
Riohacha 30 de abril de 2021

Asunto

Informe sobre elementos de protección personal (EPP) de la ORIP Riohacha.

Durante el mes de abril de 2021 en la oficina de instrumentos públicos de Riohacha, la Guajira la cual esta conformada por 8 funcionarios y 1 contratista, se entregaron 252 mascarillas, 6 galones de alcohol, 5 litros gel antimaterial y 225 pares de guantes. Detallado de la siguiente manera:

Cada funcionario se le entregaba semanal 5 mascarillas y 2 más de reposición para un total de 7 lo que al mes daría las 252. Se le entregaban 5 pares de guantes semanales para un total de 225 y los demás EPP se le suministraban las veces que se les acababa. Así de esta manera se les suministraba los elementos de protección personal a los funcionarios de la ORIP Riohacha.


MILENA MUEGUES PRAGOZO
Contratista



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN: 4201172		NÚMERO DE PLANILLA: 4382709525	
CIUDAD/ALCALDÍA: RICHACHA		MUNICIPIO: MES	
DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE RICHACHA		PERÍODO DE PAGO: 2021	
CÓDIGO DE APORTANTE: 02000000000000000000		FECHA DE PAGO: 2021-07-20	
TIPO DE APORTANTE: PAGO DE APORTES		NÚMERO DE AUTOLIQUIDACIÓN: 9999910000	
FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO		INDEPENDIENTE: 2021	
APORTANTE ECONOMÍA PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBP (REFORMA TRIBUTARIA)		9999910000	
Actividades regulares y adicionales de la actividad económica		9999910000	

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	ENTREGADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FECHA
23001	FORVENIR	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
SUBTOTAL:							\$ 145,400

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	ENTREGADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FECHA
23002	FORVENIR	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
SUBTOTAL:							\$ 145,400

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	ENTREGADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FECHA
23003	FORVENIR	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
SUBTOTAL:							\$ 145,400

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION Y SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	ENTREGADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FECHA
23004	FORVENIR	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
SUBTOTAL:							\$ 145,400

TOTAL \$ 263,800

 SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>la garantía de lo público</small>	 MINJUSTICIA	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>PROGRESO Y JUSTICIA SOCIAL</small>	Código: GF – GP – PR – 07 – FR – 02
			Versión: 01
			Fecha: 13 / 03 / 2017
FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2017			

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”, vigencia desde 01 de marzo del año 2017, 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 2021 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 E.T)
Adjunto Certificado expedida por Contador Publico. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI x NO NO
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI NO x.
7. Crédito de Vivienda SI NO x.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 del mes abril de 2021

Atentamente,

Melina Mueques Freyero
 Nombre Contratista
 C.C 40801732



Superintendencia de Notariado y Registro
 Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21
 Bogotá D.C. -
 Colombia
<http://www.supernotariado.gov.co>