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. 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 08 | Mes 02 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 1.113.537.684 | DE | CANDELARIA | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 312-7928417 | FIJO | 3178697095 | EXT. | | | |
| E-MAIL PERSONAL | LMAS3163896089@hotmail.com | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | SIN CORREO AUN | | | | | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | No DE CUENTA | 19170031215 | C.A. | X | C.C. | |

| CONTRATO ACTUAL No | DE Año | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | HONORARIOS MENSUALES |
|---|---|---|---|
| 351 | 2022 | $ 22.136.400,00 | $ 1.844.700,00 |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomia tecnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL , para el apoyo en la gestión para desarrollar actividades relacionadas con la implementacion,seguimiento y monitoreo de los prococolos de bioseguridad en oficina de Registro de Instrumentos Públicos de la SNR - Cali.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: CARLOS ARTURO RUIZ ROMERO

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADOR TECNOLOGICO Y ADMINISTRATIVO

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 57222 | CRP No. | 77422 |
| FECHA CRP | 04/01/2022 | FECHA CRP | 12/01/2022 |

FECHA APROBACION POLIZA: Dia 12 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

| | |
|---|---|
| CIUDAD | CALI |
| DEPARTAMENTO | VALLE DEL CAUCA |

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 31 | Mes 12 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 13 | Mes 01 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 11 | DIAS 19

ADICION Y/O PRORROGA

| | Día | Mes | Año | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA | | | | CDP No. | | CRP No. | |
| FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA | | | | MESES | DIAS | VALOR | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR A COBRAR | $ 1.106.820,00 | COBRA CON FACTURA | No de factura |
| VALOR TOTAL # DE DIAS | $ 1.106.820,00 | | |

| PERIODO DE PAGO | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 13 | 01 | 2022 | | | | |
| AL | 30 | 01 | 2022 | 01 | 18 | 60% | ENERO |



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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

## 2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

| | Valor del Pago | Razon Social | Aporte |
|---|---|---|---|
| 1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS) | 113600 | COOMEVA EPS SA | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 145400 | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 4800 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 0.522% |

**TOTAL A PAGAR** $ **263.800** **PLANILLA DE PAGO No.** **4431579554**

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO** $ **22.136.400,00**

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.106.820,00 | $ 1.106.820,00 | $ 21.029.580,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| 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 | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 13 | 01 | 2022 | | ENERO |
| | AL | 30 | 01 | 2022 | 01 | ENERO |

## 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.<br>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 | INFORME ANEXO |

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| arrojados en la toma, en caso de que el resultado sea de 38 grados o superior, no permitirá su ingreso y deberá reportarlo a la Dirección de Talento Humano para que tome las medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad COVID 19.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>9) Asegurar que el ingreso escalonado para asegurar la distancia de dos metros entre cada persona.<br>10) Dar a conocer al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado.<br>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.<br>12) Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes.<br>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.<br>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.<br>15) Diligenciar los formularios de implementación, seguimiento e implementación del protocolo de bioseguridad, para remitir a las dependencias que se requieran.<br>16) Las demás que le sean asignadas por el supervisor, que tengan relación con el objeto contractual. | INFORME ANEXO |

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



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

## 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 **LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.113.537.684** de **CANDELARIA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **351** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **77422** CDP No **57222**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.106.820,00**

**Valor en letras:** **UN MILLON CIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 13 | 01 | 2022 | **PAGO No.** | ENERO |
| | **AL** | 30 | 01 | 2022 | **01** | ENERO |

Para constancia se firma en **CALI** a los **08** días del mes de **FEBRERO** de **2022**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
CARLOS ARTURO RUIZ ROMERO
COORDINADOR TECNOLOGICO Y ADMINISTRATIVO

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI
**Cedula de Ciudadania No**
1.113.537.684 **DE** CANDELARIA



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **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** | |

## FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

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 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 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 enero de 2022.

Atentamente,

Marcela Aristizabal

LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI
CC. 1.113.537.684

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1113537684 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALI | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CALI | TELÉFONO: | 8888888 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4431579554 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO | 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/02/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9998647633 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1113537684 | ARISTIZABAL SAMBONI LINA MARCELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS016-COOMEVA S.A. | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 111353768 | $ 4.800 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada