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

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Dia 01 | Mes 04 | 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: Día 12 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CALI

DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

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

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

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 11 | DIAS 19

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: $ 1.844.700,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.844.700,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	03	2022	PAGO No.	No DÍAS		MARZO
AL	30	03	2022	03	30	100%	MARZO

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.** **4431581001**

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	$ 1.844.700,00	$ 2.951.520,00	$ 19.184.880,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 4.796.220,00	$ 17.340.180,00
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		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	03	2022		MARZO
	AL	30	03	2022	03	MARZO

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	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. 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.	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.

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 : **$ 1.844.700,00**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	03	2022	**PAGO No.**	MARZO
	AL	30	03	2022	**03**	MARZO

Para constancia se firma en **CALI** a los **01** días del mes de **ABRIL** 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

Santiago de Cali, Marzo 31 de 2022

INFORME PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD
ORIP CALI

En el periodo comprendido entre el 01 al 31 de Marzo de 2022 de acuerdo a las nuevas **Formalizaciones de Protocolos de Bioseguridad** y de las circulares **221, 223, 331,** implementados en la ORIP CALI par evitar y minimizar el contagio de COVID -19 dando cumplimiento a las normas de la OMS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

1 Realice el 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.

2. Revise que las personas al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tenga debidamente puesto el tapabocas.

3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretenda ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol.

4. Solicite 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 y (mínimo cada tres horas y al finalizar la jornada laboral).

5. Restringir el acceso de acompañantes de los trabajadores.

6. Pregunte 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. Instar a las personas tales como contratistas, funcionarios o usuarios que ingresen a las instalaciones a cubrir boca y nariz y toser en el codo al interior de las instalaciones.

8. pregunte en el seguimiento aleatorio diario evidenciable sobre el estado de salud del personal cuando realicen trabajo en casa.

9. Asegurare el ingreso escalonado para procurar la distancia de dos metros entre cada persona.

10. Verificare el distanciamiento 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.

11. Se cumplió a cabalidad los protocolos de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento.

12. Controle la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes.

13. Reporte al Registrador o al Jefe de dependencia, con oportunidad y de preferencia en forma anticipada, las bajas existencias, agotamiento o inexistencia de los elementos disponibles 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. Informar al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado.

15. Diligencie los formularios de seguimiento e implementación del protocolo de bioseguridad, para remitir a las dependencias que se requieran.

Atentamente,

LINA MARYCELA ARISTIZABAL
Contratista Protocolos Bioseguridad

CARLOS ARTURO RUIZ MORENO
Funcionario Supervisor

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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:			4431581001	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999320466

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 0	$ 160.000
SUBTOTALES:										$ 160.000	$ 0	$ 160.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:													$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.300	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES:									$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 5.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	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		$ 1.000.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

N°	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	111353768	$ 5.300

PARAFISCALES

N°	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	$ 290.300

Planilla Pagada

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 trenta (30) días del mes de Marzo del 2022.

Atentamente,

LINA MARCELA ARISTIZABAL

CC. # 1.113.537.684