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 30 | Mes 06 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | ANDREA STEFANIA CARREÑO MORALES | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 1.023.920.457 | DE | BOGOTA | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 305-7216080 | FIJO | 8003356 | EXT. | | | |
| E-MAIL PERSONAL | andre17921@hotmail.com | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | andrea.carreno@supernotariado.gov.co | | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 91228928858 | C.A. | X | C.C. | |

CONTRATO ACTUAL No: 875 DE Año: 2022

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 16.602.300,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.844.700,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como ASISTENCIAL para apoyar las actividades relacionadas con la implementación, seguimiento y monitoreo de los protocolos de bioseguridad de la SNR, que requieran las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos. ORIP BOGOTÁ SUR.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 57222 | CRP No. | 135722 |
| FECHA CRP | 04/01/2022 | FECHA CRP | 22/01/2022 |

FECHA APROBACION POLIZA: Día 26 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: BOGOTA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 10 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 01 | Mes 02 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 9 | DIAS 6

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

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.844.700,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 06 | 2022 | | | | |
| AL | 30 | 06 | 2022 | 05 | 30 | 100% | JUNIO |




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) | 125000 | COMPENSAR EPS | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 160000 | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 5220 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 290.220 | PLANILLA DE PAGO No. | 9435462517 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 16.602.300,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 1.844.700,00 | $ 14.757.600,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 3.689.400,00 | $ 12.912.900,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 5.534.100,00 | $ 11.068.200,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 7.378.800,00 | $ 9.223.500,00 |
| PAGO 05 | VALOR DEL PAGO | $ 1.844.700,00 | $ 9.223.500,00 | $ 7.378.800,00 |
| 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 | 06 | 2022 | | JUNIO |
| AL | 30 | 06 | 2022 | 05 | JUNIO |

## 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- grupo de bienestar y gestión del conocimiento, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19, así como la variante que acaba de llegar al país OMICRON | 1. Se realiza un control y seguimiento diario sobre el aseo y la desinfeccion de de los espacios publicos y de trabajo por medio de una planilla que se maneja junto con las personas de limpieza, en donde se puede evidenciar el proceso de limpieza y desinfeccion cada dos horas. Adicional, se emplea un formato de verificacion y supervision sobre el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en el trabajo, el cual se realiza |

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

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| 2. Revisar que las personas al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tengan debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo negar su ingreso y llenar encuestas.<br><br>3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretenda ingresar a las instalaciones la entidad e l uso del gel antibacterial y/o alcohol.<br><br>4. Asegurar el ingreso escalonado para procurar la distancia de dos metros entre cada persona<br><br>5. 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 encuentren los funcionarios ejecutando su labor.<br><br>6. Transmitir a los funcionarios y contratistas la información sobre generalidades y directrices impartidas por el ministerio de salud y protección social en relación con signos de alarma, lineamientos y protocolos frente al COVID 19. | 2. Se ejecuta un plan de accion que consiste en la señalizacion de las entradas y areas comunes indicando el uso obligatorio de tapabocas, tambien se realiza una encuesta de percepcion a los usuarios.<br><br>3. Se realiza la debida señalizacion en las entradas sobre la zona de desinfeccion de manos, y un monitoreo continuo en la entrada de usuarios asegurando el uso de gel antibacterial para funcionarios, contratistas y usuarios.<br><br>4. implementacion de un cartel de informacion en la entrada (zona de ingreso de usuarios) informando el aforo que se maneja en la entidad, adicional, se establece la entrada en grupos pequeños para respetar y mantener en lo posible el aforo establecido.<br><br>5. Marcacion por medio de puntos amarillos el lugar de espera en forma de filas, y marcacion de las sillas respetando e implementando la distancia social de 2 metros..<br><br>6. Carteleras de informacion en zonas comunes para usuarios y lugares de trabajo para funcionarios y contratistas informando la importancia y proceso correcto para lavado de manos, prevencion y sintomas del COVID 19. |

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 **ANDREA STEFANIA CARREÑO MORALES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.023.920.457** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **875** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **135722** 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 CON 00 CTVOS**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 01 | 06 | 2022 | **PAGO No.** | JUNIO |
| | **AL** | 30 | 06 | 2022 | **05** | JUNIO |

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **30** días del mes de **JUNIO** de **2022**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
PABLO EMILIO ACEVEDO CAMPOS
COORDINADOR

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
ANDREA STEFANIA CARREÑO MORALES
**Cedula de Ciudadania No**
1.023.920.457 **DE** BOGOTA

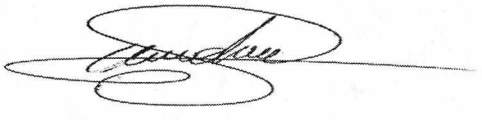
## FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

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 _Junio_ de 2022.

Atentamente,



NOMBRE Andrea Stefania Carreño Morales

CC. 1.023.920.457

# FORMATO: INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | 30 | MES | 06 | AÑO | 2022 |

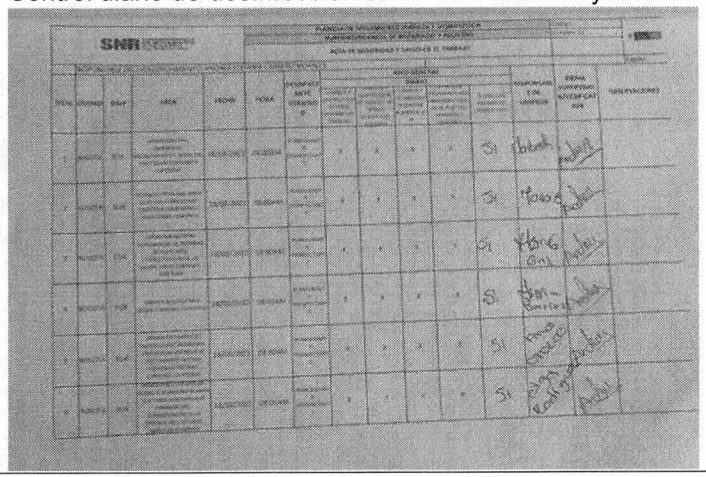
## DATOS

**NOMBRE CONTRATISTA: ANDREA STEFANIA CARREÑO MORALES**
**No DE CONTRATO: 875 DE 2022**
**PERFIL: ASISTENCIAL**
**DEPENDENCIA: ADMINISTRATIVO**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO: PABLO EMILIO ACEVEDO**

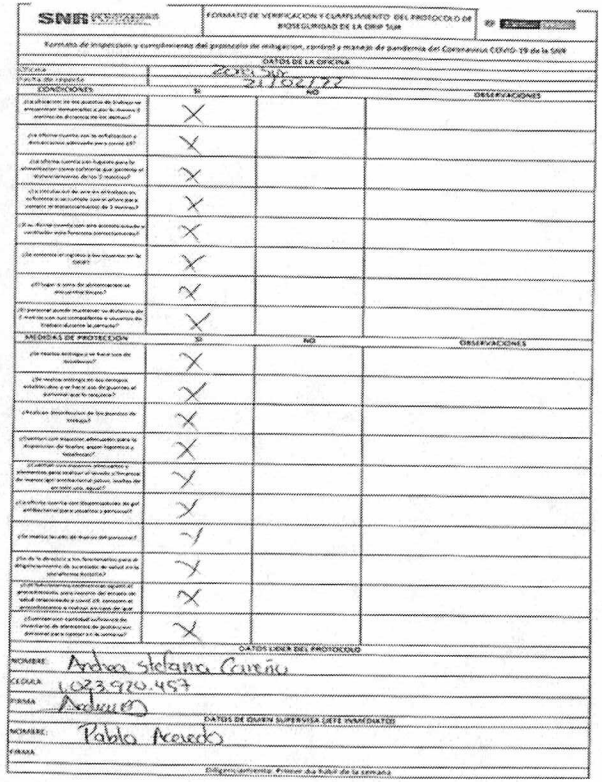
## DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

1. Detalle el estado de las actividades durante la ejecución del contrato:

| 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- grupo de bienestar y gestión del conocimiento, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19, así como la variante que acaba de llegar al país OMICRON. | Control diario de desinfección en áreas comunes y de trabajo  |

Seguimiento y control del cumplimiento de protocolos de bioseguridad.



FORMATO DE VERIFICACION Y CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA ORIP SIJA

Formato de inspección y cumplimiento del protocolo de mitigación, control y manejo de pandemia del Coronavirus COVID-19 de la SNR

DATOS DE LA OFICINA

Oficina: 2033 Yopal

Fecha de reporte: 21/02/22

| CONDICIONES | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿La ubicación de los puestos de trabajo se encuentran demarcados a por lo menos 2 metros de distancia de los demás? | X | | |
| ¿Se informa cuenta con la señalización e información adecuada para covid-19? | X | | |
| ¿La oficina cuenta con lugares para la desinfección como exigencia que garantice el funcionamiento de los 3 motivos? | X | | |
| ¿La oficina cuenta con una persona encargada en suficiencia y se cumple con el aforo para el ingreso de funcionarios(as) de 3 motivos? | X | | |
| ¿Se cuenta con personal para acceso, control y verificación esta funciones correctamente? | X | | |
| ¿Se conserva el ingreso a los usuarios en la oficina? | X | | |
| ¿Cuenta o cerca de almacenamiento de una central limpia? | X | | |
| ¿El personal puede mantener su distancia de 2 metros con sus compañeros y usuarios de trabajo durante la jornada? | X | | |

| MEDIDAS DE PROTECCION | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| ¿Se realiza limpieza y se hace uso de tapabocas? | X | | |
| ¿Se realiza limpieza en sus manos, celulares, que se hace uso de guantes, el personal que lo requiere? | X | | |
| ¿Realizan desinfección de los puestos de trabajo? | X | | |
| ¿Cuentan con insumos adecuados para la disposición de basura, aseo higiénico y tapabocas? | X | | |
| ¿Cuentan con insumos adecuados y elementos para realizar el lavado y frecuencia de manos con antibacterial gotas, toallas de papel, etc. aplica? | X | | |
| ¿La oficina cuenta con desinfectantes de gel antibacterial para usuarios y personal? | X | | |
| ¿Se realiza lavado de manos del personal? | X | | |
| ¿Se da la directriz a los funcionarios para el diligenciamiento de autodato de salud en la plataforma asignada? | X | | |
| ¿Se han tomado medidas de aquel al procedimiento, para reporte del estado de salud relacionado a covid-19, cercano al procedimiento a realizar en caso de ser | X | | |
| ¿Cuentan con cantidad suficiente de inventario de elementos de protección personal para la semana? | X | | |

DATOS DUEÑO DEL PROTOCOLO

NOMBRE: Andrea Stefania Cuervo

CEDULA: 1.023.970.457

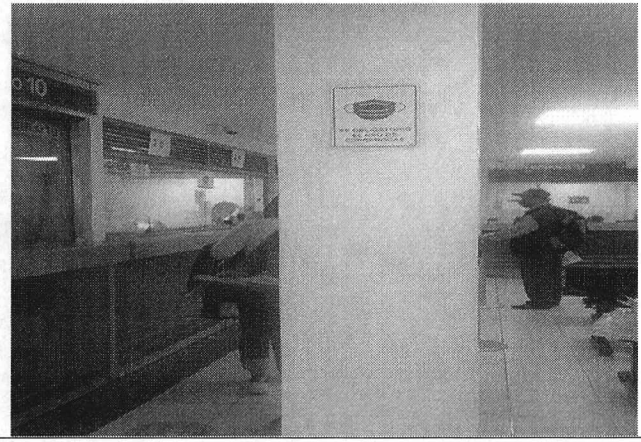
FIRMA: Andrea

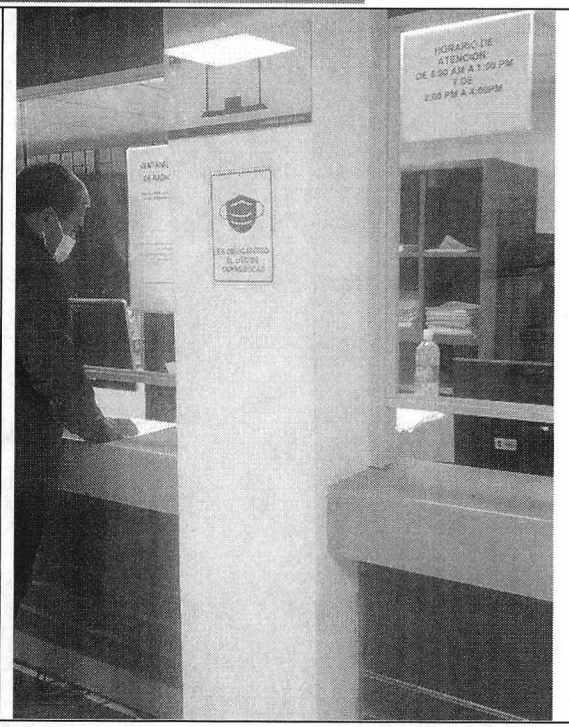
DATOS DE QUIEN SUPERVISA (JEFE INMEDIATO)

NOMBRE: Pablo Acevedo

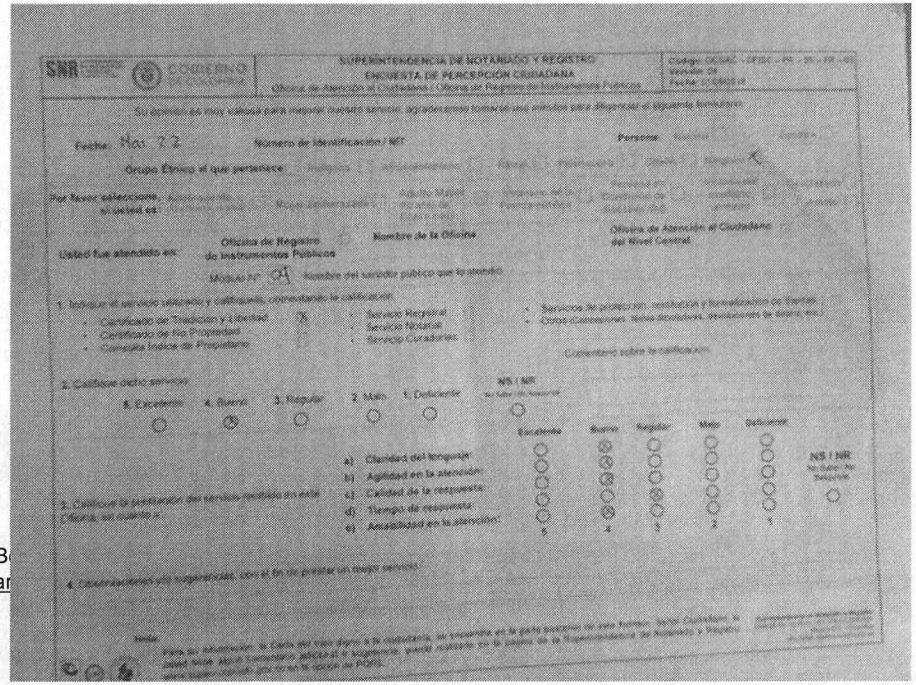
FIRMA:

Diligencia semanal: Primer día hábil de la semana

| | |
|---|---|
| | |
| 2.<br>Revisar que las personas al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tengan debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo negar su ingreso y llenar encuestas. | Señalización de áreas comunes zona de usuarios sobre el uso del tapabocas<br> |


HORARIO DE
ATENCION
DE 8:00 AM A 1:00 PM
Y DE
2:00 PM A 4:00PM





SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN CIUDADANA
Oficina de Atención al Ciudadano / Oficina de Registro de Instrumentos Públicos

Fecha: Mar 22 Número de Identificación / NIT: Persona:

Grupo Étnico al que pertenece:

Por favor seleccione el usted es:

Usted fue atendido en: Oficina de Registro de Instrumentos Públicos — Nombre de la Oficina — Oficina de Atención al Ciudadano del Nivel Central

Módulo Nº 01 Nombre del servidor público que lo atendió:

1. Indique el servicio utilizado y califíquelo, comentando la calificación:
- Certificado de Tradición y Libertad
- Certificado de No Propiedad
- Completa Índice de Propietario
- Servicio Registral
- Servicio Notarial
- Servicio Curadurías
- Servicios de protección, restitución y formalización de tierras
- Otros (Conciliación, tasas devolutivas, apostillamiento de bienes, etc.)

Comentario sobre la calificación:

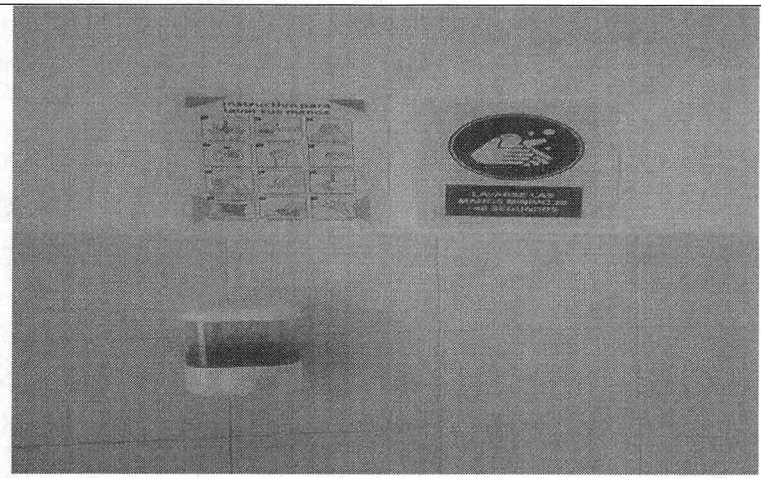
2. Califique dicho servicio:
5. Excelente 4. Bueno 3. Regular 2. Malo 1. Deficiente NS / NR

2. Califique la prestación del servicio recibido en esta Oficina, en cuanto a:

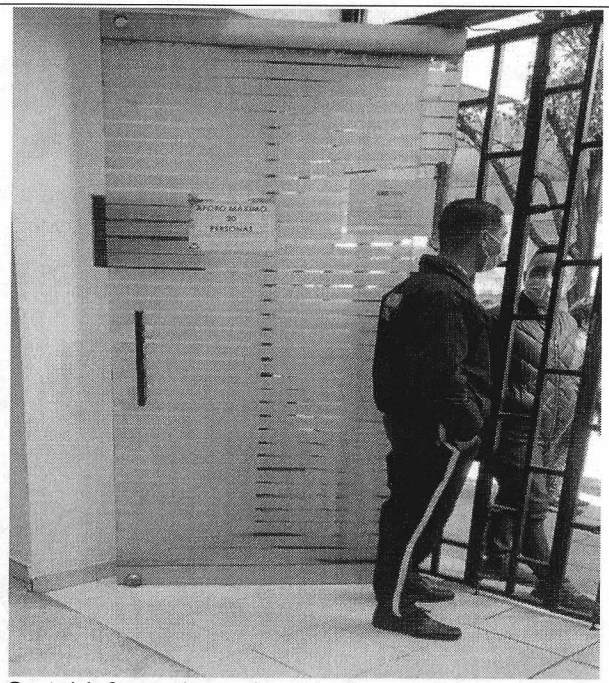
| | Excelente | Bueno | Regular | Malo | Deficiente | NS / NR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Claridad del lenguaje: | | | | | | |
| b) Agilidad en la atención: | | | | | | |
| c) Calidad de la respuesta: | | | | | | |
| d) Tiempo de respuesta: | | | | | | |
| e) Amabilidad en la atención: | | | | | | |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

4. Observaciones y/o sugerencias, con el fin de prestar un mejor servicio:

Nota:

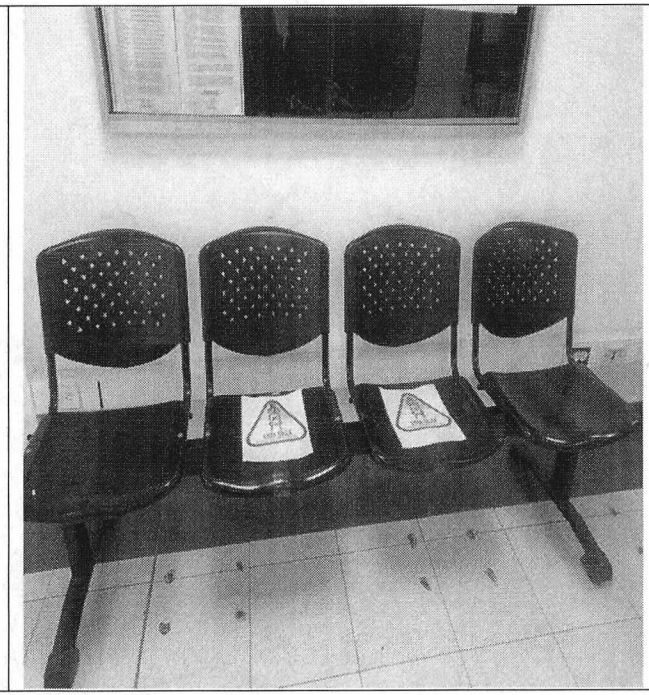
| | |
|---|---|
| | Señalización zona de desinfección de manos a la entrada de la entidad |
| 3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretenda ingresar a las instalaciones la entidad e l uso del gel antibacterial y/o alcohol. |  |


ZONA
DE
DESINFECCION

| | |
|---|---|
| 4. Asegurar el ingreso escalonado para procurar la distancia de dos metros entre cada persona. |  Cartel informativo sobre el aforo que se maneja en la entidad, adicional ingreso en grupos pequeños de personas. |

| | |
|---|---|
| 5. 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 encuentren los funcionarios ejecutando su labor. | Marcación por medio de puntos amarillos el lugar de espera en forma de filas, y marcación de las sillas respetando e implementando la distancia social de 2 metros. |


NO USES
ESTA SILLA



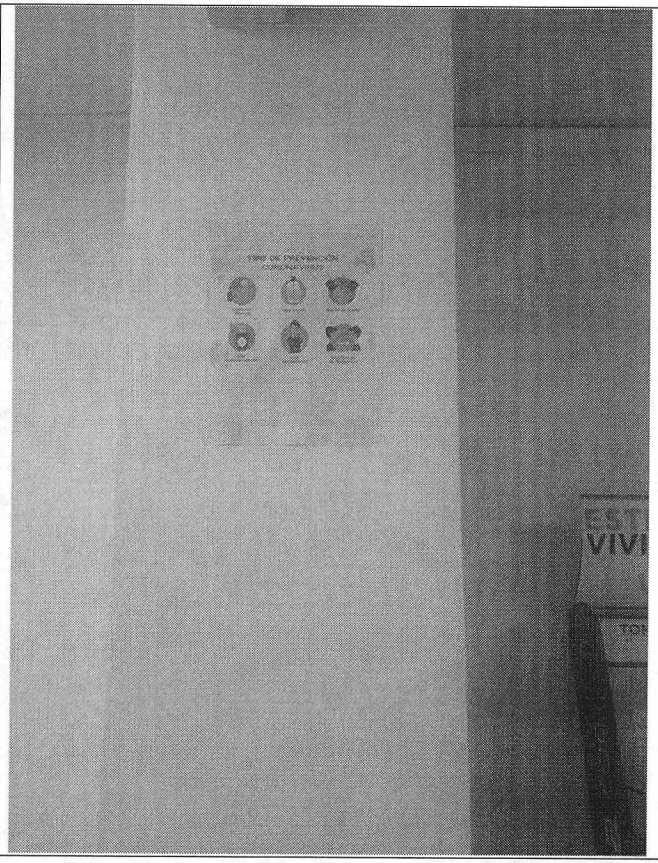

ESTA SILLA
ESTA SILLA

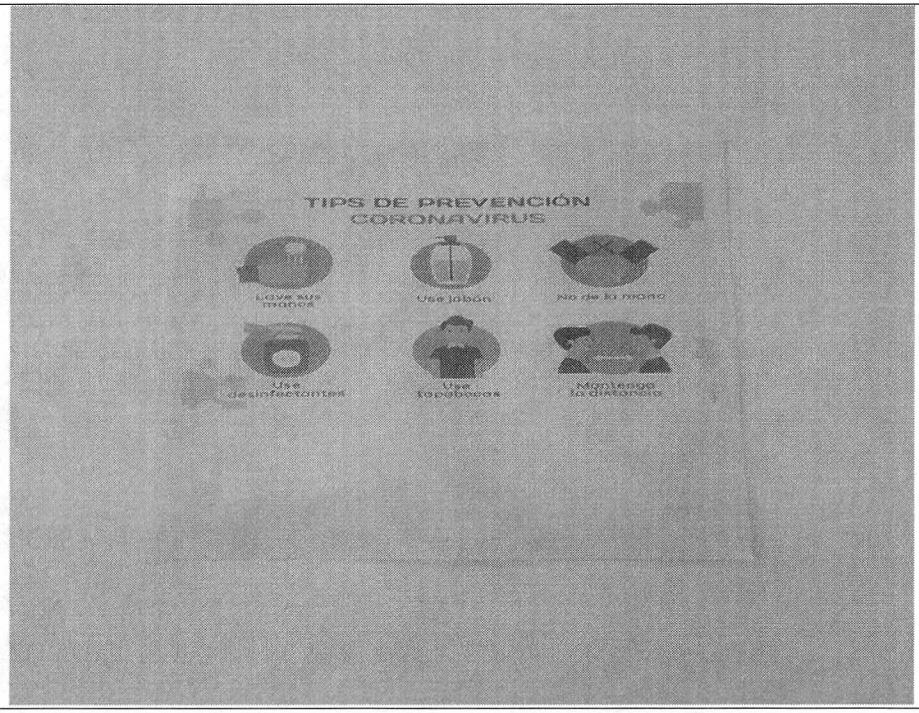


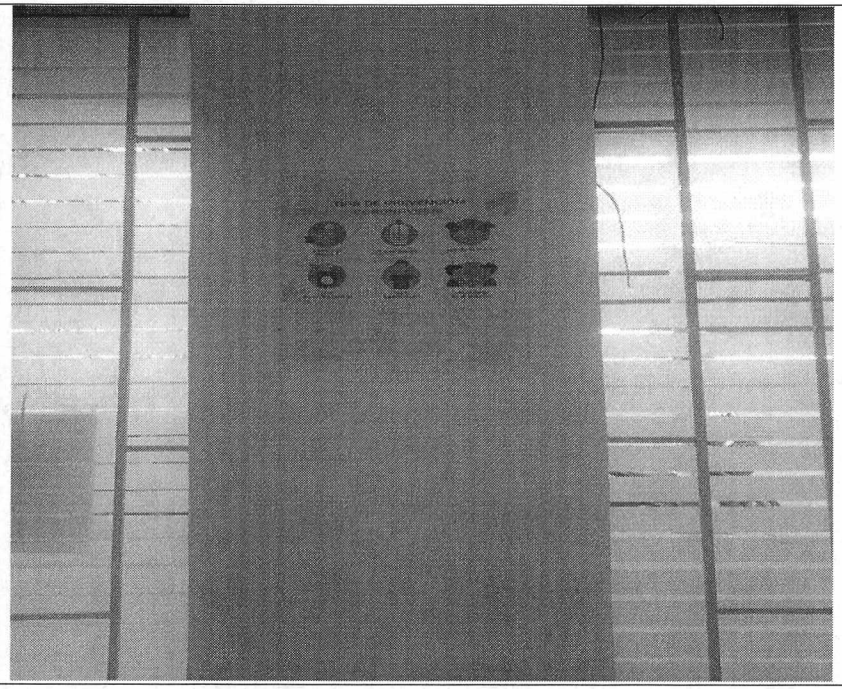


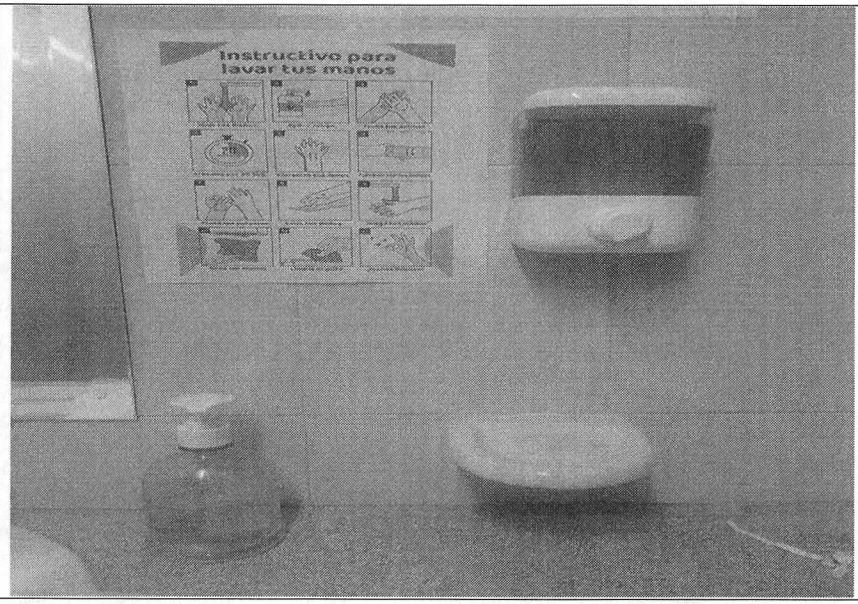
| | |
|---|---|
| |  |
| 6. Transmitir a los funcionarios y contratistas la información sobre generalidades y directrices impartidas por el ministerio de salud y protección social en relación con signos de alarma, lineamientos y protocolos frente al COVID 19. | Carteleras de información en zonas comunes para usuarios y lugares de trabajo para funcionarios y contratistas informando la importancia y proceso correcto para lavado de manos, prevención y síntomas del COVID 19. |


ES OBLIGATORIO
EL USO DE
CUBREBOCAS

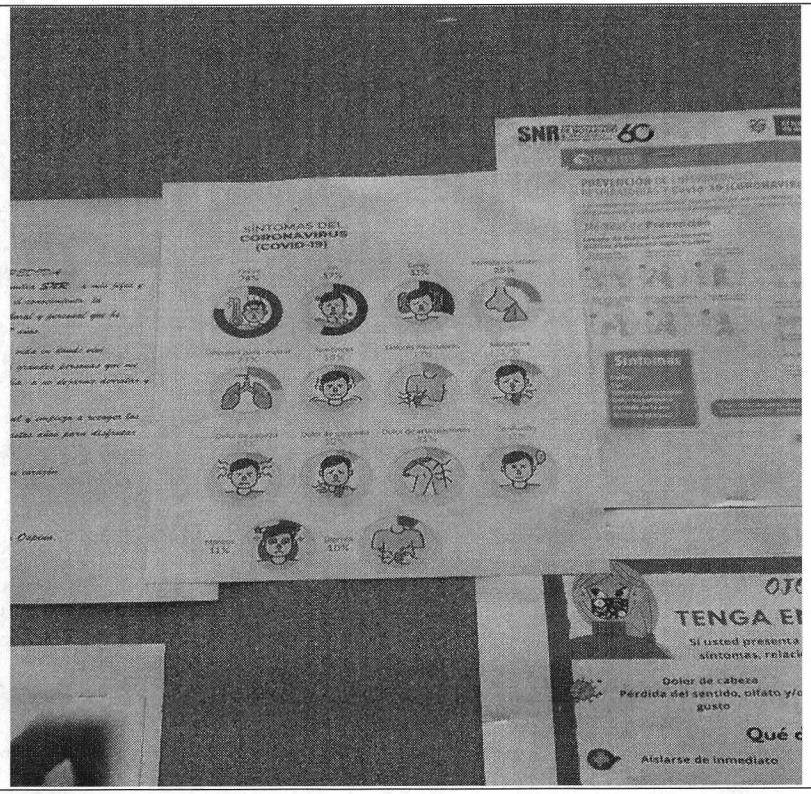



TIPS DE PREVENCIÓN
CORONAVIRUS
Lava sus manos
Use jabón
No se toque
Use desinfectantes
Use tapabocas
Mantenga la distancia

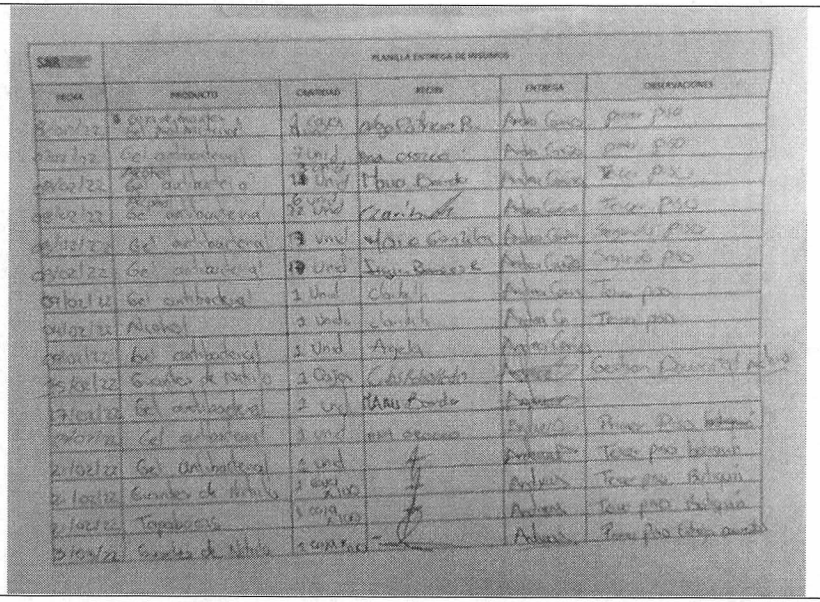



Instructivo para
lavar tus manos


OJO!!
EN CUENTA
Fiebre
Molestias gastrointestinales
debe hacer:
Realizar contacto con su servicio médico y solicitar una tele consulta
No asistir a laborar de manera presencial, a la Oficina de Registro
SNR
TIPS DE PREVENCIÓN
CORONAVIRUS
Lave sus manos
Use jabón
No de la mano
Use desinfectantes
Use tapabocas
Mantenga la distancia

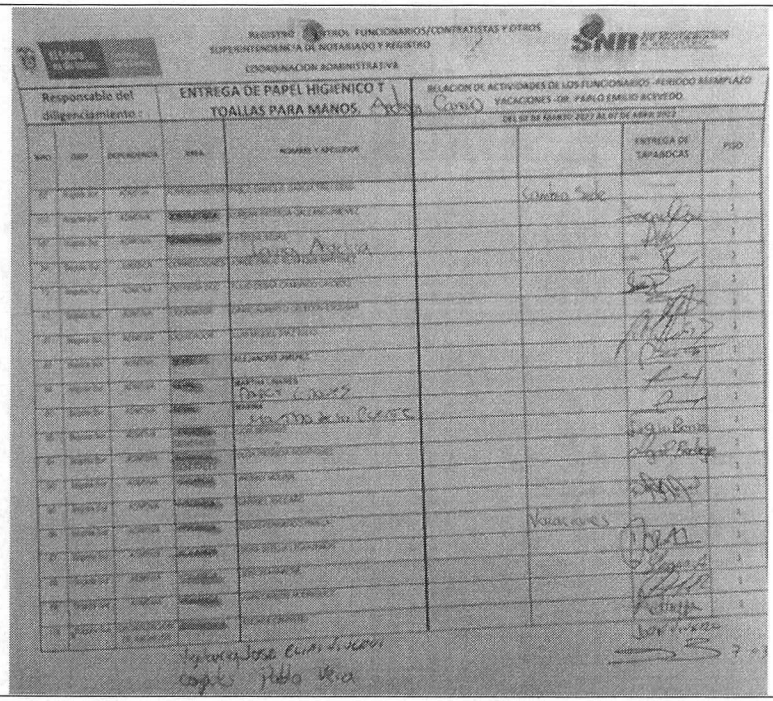

SNR
60
SÍNTOMAS DEL CORONAVIRUS (COVID-19)
Síntomas
TENGA EN
Si usted presenta síntomas, relaci
Dolor de cabeza
Pérdida del sentido, olfato y/o gusto
Aislarse de inmediato





PLANILLA ENTREGA DE INSUMOS

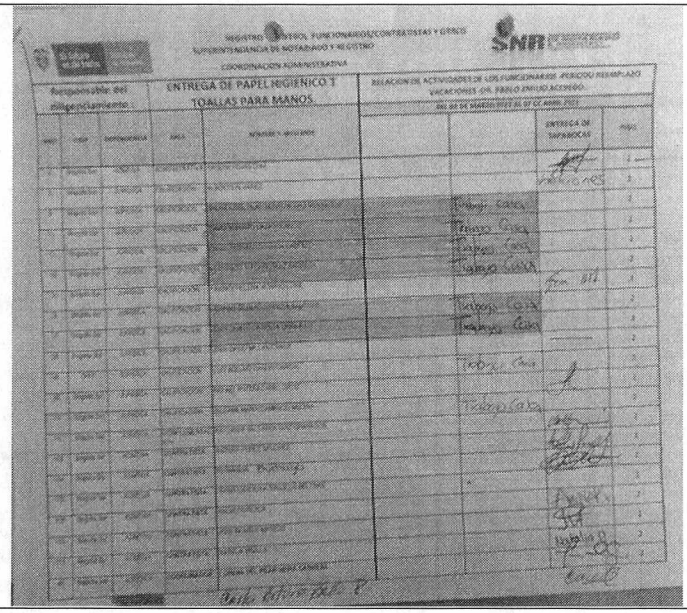
| FECHA | PRODUCTO | CANTIDAD | RECIBE | ENTREGA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 8/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Diego Cabrera B. | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 9/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Ana Orozco | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 09/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Edwin Bonilla | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 10/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Claribel | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 10/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Maria Gonzalez | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 09/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Jorge Barrera E. | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 07/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Claribel | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 04/02/22 | Alcohol | 1 Und | Claribel | Andrea Garcia | Primer PAO |
| 10/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Angela | Andrea Garcia | |
| 15/02/22 | Guantes de latex | 1 Caja | Cabildo Abierto | Angela | Gestion Documental Aseo |
| 17/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Maria Bonilla | Andrea | |
| 21/02/22 | Gel antibacterial | 1 Und | Ana Orozco | Andrea | Primer PAO Refuerzo |
| 21/02/22 | Gel Antibacterial | 1 Und | [illegible] | Andrea | Primer PAO Refuerzo |
| 21/02/22 | Guantes de latex | 1 caja x100 | [illegible] | Andrea | Primer PAO Refuerzo |
| 21/02/22 | Tapabocas | 1 caja x100 | [illegible] | Andrea | Primer PAO Refuerzo |
| 21/02/22 | Guantes de latex | 1 caja x100 | [illegible] | Andrea | Primer PAO Refuerzo |


REGISTRO DE CONTROL FUNCIONARIOS/CONTRATISTAS Y OTROS
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
COORDINACION ADMINISTRATIVA

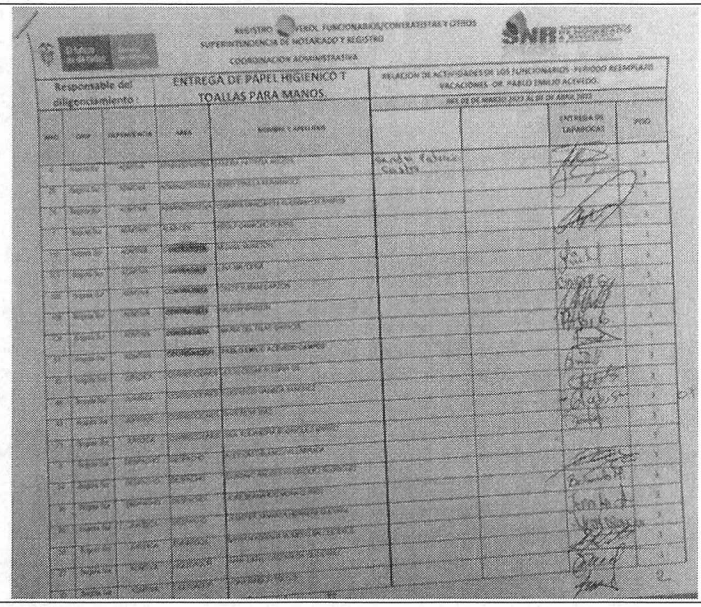
Responsable del diligenciamiento: ENTREGA DE PAPEL HIGIENICO Y TOALLAS PARA MANOS.

RELACION DE ACTIVIDADES DE LOS FUNCIONARIOS -PERIODO REEMPLAZO VACACIONES -DR. PABLO EMILIO ACEVEDO

| NRO | DEP | DEPENDENCIA | AREA | NOMBRES Y APELLIDOS | | | ENTREGA DE TAPABOCAS | PISO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | 1 |
| 2 | | | | | | | | 1 |
| 3 | | | | | | | | 1 |
| 4 | | | | | | | | 1 |
| 5 | | | | | | | | 1 |
| 6 | | | | | | | | 1 |
| 7 | | | | | | | | 1 |
| 8 | | | | | | | | 1 |
| 9 | | | | | | | | 1 |
| 10 | | | | | | | | 1 |
| 11 | | | | | | | | 1 |
| 12 | | | | | | | | 1 |
| 13 | | | | | | | | 1 |
| 14 | | | | | | | | 1 |
| 15 | | | | | | | | 1 |
| 16 | | | | | | | | 1 |
| 17 | | | | | | | | 1 |
| 18 | | | | | | | | 1 |
| 19 | | | | | | | | 1 |
| 20 | | | | | | | | 1 |
| 21 | | | | | | | | 1 |
| 22 | | | | | | | | 1 |
| 23 | | | | | | | | 1 |
| 24 | | | | | | | | 1 |
| 25 | | | | | | | | 1 |
| 26 | | | | | | | | 1 |
| 27 | | | | | | | | 1 |
| 28 | | | | | | | | 1 |
| 29 | | | | | | | | 1 |
| 30 | | | | | | | | 1 |
| 31 | | | | | | | | 1 |
| 32 | | | | | | | | 1 |
| 33 | | | | | | | | 1 |
| 34 | | | | | | | | 1 |
| 35 | | | | | | | | 1 |
| 36 | | | | | | | | 1 |
| 37 | | | | | | | | 1 |
| 38 | | | | | | | | 1 |
| 39 | | | | | | | | 1 |
| 40 | | | | | | | | 1 |
| 41 | | | | | | | | 1 |
| 42 | | | | | | | | 1 |
| 43 | | | | | | | | 1 |
| 44 | | | | | | | | 1 |
| 45 | | | | | | | | 1 |
| 46 | | | | | | | | 1 |
| 47 | | | | | | | | 1 |
| 48 | | | | | | | | 1 |
| 49 | | | | | | | | 1 |
| 50 | | | | | | | | 1 |
| 51 | | | | | | | | 1 |
| 52 | | | | | | | | 1 |
| 53 | | | | | | | | 1 |
| 54 | | | | | | | | 1 |
| 55 | | | | | | | | 1 |
| 56 | | | | | | | | 1 |
| 57 | | | | | | | | 1 |
| 58 | | | | | | | | 1 |
| 59 | | | | | | | | 1 |
| 60 | | | | | | | | 1 |
| 61 | | | | | | | | 1 |
| 62 | | | | | | | | 1 |
| 63 | | | | | | | | 1 |
| 64 | | | | | | | | 1 |
| 65 | | | | | | | | 1 |
| 66 | | | | | | | | 1 |
| 67 | | | | | | | | 1 |
| 68 | | | | | | | | 1 |
| 69 | | | | | | | | 1 |
| 70 | | | | | | | | 1 |
| 71 | | | | | | | | 1 |
| 72 | | | | | | | | 1 |
| 73 | | | | | | | | 1 |
| 74 | | | | | | | | 1 |
| 75 | | | | | | | | 1 |
| 76 | | | | | | | | 1 |
| 77 | | | | | | | | 1 |
| 78 | | | | | | | | 1 |
| 79 | | | | | | | | 1 |
| 80 | | | | | | | | 1 |
| 81 | | | | | | | | 1 |
| 82 | | | | | | | | 1 |
| 83 | | | | | | | | 1 |
| 84 | | | | | | | | 1 |
| 85 | | | | | | | | 1 |
| 86 | | | | | | | | 1 |
| 87 | | | | | | | | 1 |
| 88 | | | | | | | | 1 |
| 89 | | | | | | | | 1 |
| 90 | | | | | | | | 1 |
| 91 | | | | | | | | 1 |
| 92 | | | | | | | | 1 |
| 93 | | | | | | | | 1 |
| 94 | | | | | | | | 1 |
| 95 | | | | | | | | 1 |
| 96 | | | | | | | | 1 |
| 97 | | | | | | | | 1 |
| 98 | | | | | | | | 1 |
| 99 | | | | | | | | 1 |
| 100 | | | | | | | | 1 |



ENTREGA DE PAPEL HIGIENICO Y TOALLAS PARA MANOS

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

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

2. Temas pendientes de tramitar que sean de su directa competencia y responsabilidad.

| Tema | Estado | Observaciones |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## OBSERVACIONES GENERALES

Especificar rutas de almacenamiento del Equipo de Computo Asignado o si tienen acceso a carpeta compartida o repositorio en SharePoint.

Por favor describa los usuarios y claves que usaba en sus funciones de la SNR

Correo electrónico: andrea.carreno@supernotariado.gov.co

Usuario: andrea.carreno

El presente informe se firma, a los 30 días del mes de Junio del año 2022 por las personas que en ella intervinieron.

**Firma del Jefe inmediato, o Supervisor de contrato**

**Firma del Contratista**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | |

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Compromiso 135722 CTO 875.pdf | Compromiso 135722 CTO 875.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | ACTA DE INICIO CTO 875-2022.pdf | ACTA DE INICIO CTO 875-2022.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | SUPERVISION ANDREA STEFANIA CARREÑO MORALES (1).pdf | SUPERVISION ANDREA STEFANIA CARREÑO MORALES (1).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | certi_Afiliacion cto 875.pdf | certi_Afiliacion cto 875.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES FEBRERO.zip | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES FEBRERO.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES MARZO.zip | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES MARZO.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES ABRIL.zip | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES ABRIL.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO FEBRERO.zip | CUENTA DE COBRO FEBRERO.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO MARZO ANDREA CARREÑO.zip | CUENTA DE COBRO MARZO ANDREA CARREÑO.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES MAYO..zip | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES MAYO..zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO ABRIL DEL 2022 ANDREA CARREÑO.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL DEL 2022 ANDREA CARREÑO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES JUNIO.zip | INFORME FINAL DE ACTIVIDADES JUNIO.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | Cuenta de cobro periodo Mayo de 2022 Andrea Carreño.zip | Cuenta de cobro periodo Mayo de 2022 Andrea Carreño.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023920457 | | CARREÑO MORALES ANDREA STEFANIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 10 #80-41 barrio castilla | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3057216080 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-05 | 2022-05 | 1502950029 | 9435462517 | I | 2022/06/14 | 2022/06/13 | NEQUI | 0 | $290,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Días | Tarifa | Aporte | Días | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1023920457 | CARREÑO ANDREA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $160,000 | EPS008 | 30 | $125,000 | | 0 | $0 | 14-23 | 30 | 0.522 | $5,300 | 0 | $0 | No | $290,300 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $160,000 | | | $125,000 | | | $0 | | | | $5,300 | | $0 | | $290,300 |

en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023920457 | | CARREÑO MORALES ANDREA STEFANIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 10 #80-41 barrio castilla | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3057216080 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-05 | 2022-05 | 1502950029 | 9435462517 | I | 2022/06/14 | 2022/06/13 | NEQUI | 0 | $290,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $5,300 | $0 | $0 | $5,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $5,300 | $0 | $0 | $5,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $290,300 | $0 | $0 | $290,300 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14821294657

(415)7707212489984(8020) **000001482129465 7**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 3 9 2 0 4 5 7 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 2 3 9 2 0 4 5 7 | 2 0 1 0 1 1 0 8 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARREÑO | MORALES | ANDREA | STEFANIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: TV 37 24 50 TO 3 AP 6011

42. Correo electrónico: andre17921@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 1 8 0 0 3 3 5 6 | 3 0 5 7 2 1 6 0 8 0 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 5 0 8 1 8 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 04 - 01 / 10 : 59: 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CARREÑO MORALES ANDREA STEFANIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO