

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

FECHA DE EXPEDICIÓN

Día	Mes	Año
15	09	2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA: **MICHAEL CORDOBA PALACIOS**

CEDULA DE CIUDADANIA No. **1.076.382.268** DE **TADÓ**

CÓDIGO ACTIVIDAD RUT **000-0006910** CELULAR **3104526905**

E-MAIL PERSONAL: [maicolcorpa@gmail.com](mailto:maicolcorpa@gmail.com)

E-MAIL INSTITUCIONAL: [michael.cordoba@supernotariado.gov.co](mailto:michael.cordoba@supernotariado.gov.co)

BANCO: **BANCOLOMBIA** No DE CUENTA: **53600000492** C.A.  C.C.

CONTRATO ACTUAL

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

**\$ 23.860.440,00**

No **1455** DE Año **2025**

HONORARIOS MENSUALES

**\$ 5.965.110,00**

OBJETO DEL CONTRATO

El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero, a título de honorarios. Dependencia: DELEGADA\_DE\_REGISTRO Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO B

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

**BLANCA AURORA RODRIGUEZ ROMERO**

CARGO DEL SUPERVISOR

**COORDINADORA GRUPO IVC REGISTRAL**

CDP No. **53425** CRP No. **228425**

FECHA CDP **2/02/2025** FECHA CRP **3/11/2025**

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día **11** Mes **03** Año **2025**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: **BOGOTA**

DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA**

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día **11** Mes **07** Año **2025**

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día **12** Mes **03** Año **2025**

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES **5** DIAS **0**

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día **12** Mes **7** Año **2025**

ADICION Y/O PRORROGA No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día **11** Mes **9** Año **2025**

MESES **2** DIAS **60** VALOR **\$ 11.930.220,00**

CDP No. **53425** CRP No. **228425**

VALOR A COBRAR

**\$ 5.965.110,00**

VALOR TOTAL # DE DIAS

**\$ 5.965.110,00**

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO  
No de factura

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

DEL Día **01** Mes **08** Año **2025**  
 AL Día **31** Mes **08** Año **2025**

PAGO No. **06** No DÍAS **30** 100%  
**AGOSTO**  
**AGOSTO**

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA**

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	298.300	NUEVA EPS	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	381.800	PORVENIR	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	12.500	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$ 692.600</b>	<b>PLANILLA DE PAGO No.</b>	<b>89268534</b>

**2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 35.790.660,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 3.777.903,00	\$ 3.777.903,00	\$ 32.012.757,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 9.743.013,00	\$ 26.047.647,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 15.708.123,00	\$ 20.082.537,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 21.673.233,00	\$ 14.117.427,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 27.638.343,00	\$ 8.152.317,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 33.603.453,00	\$ 2.187.207,00
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	\$ -	\$ -
PAGO 14	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 15	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 16	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 17	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 18	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 19	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 20	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	AGOSTO
	AL	01	08	2025		06
		31	08	2025		

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>1. Asistir a las sesiones sobre IVC registral, que sean programadas por la Delegada para el Registro y mantenerse actualizado/a en la metodología del modelo IVC que indique la SDR.</p> <p>2. Diligenciar la información de las ORIP asignadas, de acuerdo con los indicadores y variables del modelo IVC registral, manteniendo esta información actualizada y disponible.</p> <p>3. Realizar sesiones de presentación con cada uno de los Registradores de Instrumentos Públicos y con los servidores de cada una de las ORIP asignadas, dejando el respectivo soporte en grabaciones de sesiones virtuales, a través de la plataforma teams o la que haga sus veces.</p> <p>4. Construir con el registrador(a) la línea base y objetivos de las ORIP asignadas, a partir de los indicadores reportados por los sistemas misionales, mantener la información actualizada y guardar confidencialidad y reserva sobre la misma.</p> <p>5. Elaborar el diagnóstico y realizar el análisis explicativo del mismo, para cada una de las ORIP asignadas.</p> <p>6. Solicitar al Registrador(a) de cada ORIP asignada el plan de mejoramiento de cada ORIP asignada, y hacer seguimiento de este, para lo cual debe entregar un documento que debe dar cuenta de los avances o no, de las acciones de mejora propuestas con el fin de mitigar los riesgos de la oficina.</p> <p>7. Realizar las visitas virtuales y presenciales de seguimiento que sean necesarias para hacer el seguimiento a los resultados obtenidos en cada una de las ORIP asignadas, para lo cual debe elaborar y presentar un informe que indique el estado real de desempeño de las ORIP asignadas. Las visitas de inspección, vigilancia y control que realice a las Oficinas de Registro deben ser relacionadas con las competencias de la Superintendencia Delegada para Registro y en general, cuando sea necesario conocer de manera directa las circunstancias que afecten la prestación del Servicio Público Registral.</p> <p>8. Recaudar las pruebas y evidencias necesarias para instruir los procesos sancionatorios relacionados con las funciones asignadas al ejercicio de inspección, vigilancia y control de la gestión Registral.</p> <p>9. Elaborar los documentos, oficios, respuestas a peticiones, requerimientos de entes de control y autoridades, conceptos y demás que se requieren en el marco de las funciones de IVC registral de cada una de las ORIP asignadas.</p> <p>10. Indicar las medidas de control que se deben adoptar en las ORIP asignadas, para lo cual deberá hacer los oficios de trámite e impulso correspondientes, así como todas las acciones necesarias solicitadas por la coordinación de IVC registral.</p> <p>11. Realizar la legalización de los viáticos, en caso de que aplique, de conformidad con lo establecido en la Resolución vigente de la Superintendencia de Notariado y Registro.</p> <p>12. Las demás actividades que sean asignadas al supervisor y guarden relación con el objeto del contrato</p> <p>Parágrafo: En todo caso, el contratista debe presentar el informe de ejecución contractual y CUENTA DE COBRO DE MANERA MENSUAL, al supervisor, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.</p>	<p>1. No requerido durante el mes de julio de la vigencia 2025</p> <p>2. No requerido durante el mes de julio de la vigencia 2025.</p> <p>3. No requerido durante el mes de julio de la vigencia 2025.</p> <p>4. No requerido durante el mes de julio de la vigencia 2025.</p> <p>5. No requerido durante el mes de julio de la vigencia 2025.</p> <p>6. No requerido durante el mes de julio de la vigencia 2025.</p> <p>7. Se realizó informes de Visitas Grupo IVCR-SDR los cuales fueron aprobados y firmados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ORIP Neira-Caldas.</li> <li>• ORIP Pacho-Cundinamarca</li> <li>• ORIP Patia el Bordo-Cauca</li> <li>• ORIP Puerto Inírida-Guainía</li> <li>• ORIP Tamesis-Antioquia.</li> <li>• ORIP Puerto Tejada-Cauca.</li> <li>• ORIP Puerto Inírida-Guainía.</li> <li>• ORIP San Marcos-Sucre</li> </ul> <p>8. No requerido durante el mes de junio de la vigencia 2025.</p> <p>9. No requerido durante el mes de junio de la vigencia 2025.</p> <p>10. No requerido durante el mes de junio de la vigencia 2025.</p> <p>11. No requerido durante el mes de junio de la vigencia 2025.</p> <p>12. No requerido durante el mes de junio de la vigencia 2025.</p>

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



**Superintendencia de  
Notariado y Registro**

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01

PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Versión: 2

PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR

Fecha: 24 - 01 - 2025

**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

**4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO**

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente periodo, se deja constancia que el (la) contratista **MICHAEL CORDOBA PALACIOS** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.076.382.268** de **TADÓ** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1455** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.  
del CRP No. **228425** CDP No **53425**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **5.965.110,00**

Valor en letras:

**CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS CON 00 CTVOS**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	08	2025	PAGO No.	<b>AGOSTO</b>
	AL	31	08	2025		<b>06</b>

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **15** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2025**

**SUPERVISOR**


Firma Supervisor  
BLANCA AURORA RODRIGUEZ ROMERO  
COORDINADORA GRUPO IVC REGISTRAL

**CONTRATISTA**

Firma Contratista  
MICHAEL CORDOBA PALACIOS  
Cedula de Ciudadania No  
1.076.382.268 de TADÓ

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

Página 4

 <b>Superintendencia de Notariado y Registro</b>	<b>PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>	<b>Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 03</b>
	<b>PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>Versión: 01</b>
	<b>FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>Fecha: 17 - 01 - 2025</b>

## CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el señor MICHAEL CÓRDOBA PALACIOS, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.076.382.268 de Tadó, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 1455 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de AGOSTO del año 2025

<b>Dependencia</b>	<b>DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>									
<b>Perfil Contratista</b>	<b>PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO B</b>									
<b>Mes a cobrar</b>	<b>Desde</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Hasta</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
		<b>01</b>	<b>08</b>	<b>2025</b>		<b>31</b>	<b>08</b>	<b>2025</b>		
<b>Planilla seguridad social</b>	Valor Salud							\$298.300		
	Valor Pensión							\$ 381.800		
	Valor ARL							\$12.500		
	Pensionado / anexar resolución									
	Número de planilla							89268534		
	Periodo de la planilla							<b>AGOSTO 2025</b>		
	Fecha pago planilla							<b>15-09-2025</b>		

Se expide la presente certificación una vez verificado el pago de la planilla anteriormente relacionada y sirve como soporte para cuenta de cobro del contratista a los quince (15) días del mes de septiembre de 2025.



**BLANCA AURORA RODRIGUEZ ROMERO**  
**Coordinadora IVC Registral**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1076382268	MICHAEL CORDOBA PALACIOS		Cll6c No. 82a-08	3104526905	michaelcorpa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89268534	\$692.600	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	298.300	0		0		0	0	0	0	298.300	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	381.800	0	0	0	0	0	0	0	381.800	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.500				12.500	0	0	12.500			125	12.500	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA


Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	298.300	298.300
Pensión	1	381.800	381.800
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>692.600</b>	<b>692.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1076382268	MICHAEL CORDOBA PALACIOS		Cll6c No. 82a-08	3104526905	michaelcorpa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89268534	\$692.600		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1076382268	CORDOBA PALACIOS MICHAEL	59	0	N																		230301	2.386.044	381.800	0	0	0	0	EPS037	2.386.044	298.300	14-23	2.386.044	1	12.500		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

 <b>Superintendencia de Notariado y Registro</b>	<b>MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA</b>	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 02
	<b>PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>	Versión: 03
	<b>PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR</b>	Fecha: 9 - 05 - 2025

### FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2025

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, parágrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
<b>1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA.</b> Durante el año 2024 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT.		X
<b>2.</b> Soy responsable del impuesto sobre la renta.		X
<b>3. Dependiente Económico:</b> 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.		X
<b>4.</b> Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		X
<b>5. AFC:</b> Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. <b>Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.</b>		X
<b>6. Crédito de Vivienda:</b> Realizo pagos de crédito de vivienda, <b>Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.</b>		X
<b>7. Medicina prepagada:</b> Realizo pagos de medicina prepagada, <b>Adjuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.</b>		X
<b>8.</b> Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si: a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%). b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT aplicable.		X
<b>9.</b> Ha suscrito contratos durante el año 2025: por un valor igual o superior a 4000 UVT (\$199.196.000)		X

**Nota:** Remitir los soportes a los que hay lugar únicamente para contratos cuyos honorarios superen los **\$6.000.000 mensuales.**

En constancia de lo anterior, se firma a los 15 días del mes de septiembre de 2025.

Atentamente,



NOMBRE: Michael Córdoba Palacios

CC; 1.076.382.268



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

**VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios

**Ejecución del Contrato**

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje  Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

**Plan de Pagos**

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

7 **Ejecución del Contrato**

**Id de pago    Número de factura    Fecha de emisión    Fecha de recepción    Valor total de la factura    Estado**

8 Modificaciones del Contrato

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

9 Incumplimientos

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> Compromiso 228425.pdf	Compromiso 228425.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ARL MICHAEL CRDOBA PALACIOS.pdf	ARL MICHAEL CRDOBA PALACIOS.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> FORMATO ACTA DE INICIO MICHAEL CORDOBA FIRMADA 2C-.pdf	FORMATO ACTA DE INICIO MICHAEL CORDOBA FIRMADA 2C-.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> DESIGNACION DE SUPERVISION MICHAEL CORDOBA.pdf	DESIGNACION DE SUPERVISION MICHAEL CORDOBA.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Examen Medico Ocupacional pdf.pdf	Examen Medico Ocupacional pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias mes de marzo unidas.zip	Evidencias mes de marzo unidas.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias en zip mes de abril 2025.zip (Archivado)	Evidencias en zip mes de abril 2025.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE MARZO MICHAEL CORDOBA PALACIOS FF.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO MICHAEL CORDOBA PALACIOS FF.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias en zip 01 al 30 de abril 2025.zip	Evidencias en zip 01 al 30 de abril 2025.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. Cuenta de Cobro mes de abril Aprobada.pdf	2. Cuenta de Cobro mes de abril Aprobada.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias en zip del 01 al 30 de mayo 2025.zip	Evidencias en zip del 01 al 30 de mayo 2025.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO - MAYO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO - MAYO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias Zip del 01 al 30 del mes junio 2025.zip	Evidencias Zip del 01 al 30 del mes junio 2025.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ARL PRORROGA MICHAEL CORDOBA PALACIOS.pdf	ARL PRORROGA MICHAEL CORDOBA PALACIOS.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1. Cuenta de Cobro mes de junio 2025 (3) (1).pdf	1. Cuenta de Cobro mes de junio 2025 (3) (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias Zip del 01 al 31 de julio de 2025.zip	Evidencias Zip del 01 al 31 de julio de 2025.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JULIO APROBADA 2025.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO APROBADA 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> Evidencias del 01 al 31 de agosto 2025.zip	Evidencias del 01 al 31 de agosto 2025.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **MICHAEL CORDOBA PALACIOS**, identificado con CC No. **1076382268**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO - NI 899999007	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 12/03/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 11/03/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 11/09/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**  
LXCF

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS**