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 24 | Mes 02 | Año 2021

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.113.537.684	DE	CALI		
TELEFONO DE CONTACTO	317-6526903	FIJO		EXT.	
E-MAIL PERSONAL	lmas3163896089@hotmail.com				
E-MAIL INSTITUCIONAL					
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	19170031215	C.A.	X
C.C.					

CONTRATO ACTUAL: No 1229 DE Año 2020

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 5.488.900,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.791.000,00

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.	2321	CRP No.	2321
FECHA CRP	02/01/2021	FECHA CRP	02/01/2021

FECHA APROBACION POLIZA: Día 31 | Mes 12 | Año 2020

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CALI

DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 03 | Año 2021

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 31 | Mes 12 | Año 2020

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 3 | DIAS 0

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: $ 1.791.000,00

COBRA CON FACTURA — No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.791.000,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	02	2021	PAGO No.	No DÍAS		FEBRERO
AL	28	02	2021	02	30	100%	FEBRERO

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

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

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 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	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA EPS SOS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	145400	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	4.800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 263.800	PLANILLA DE PAGO No.	4374870244

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 5.488.900,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00	$ 1.791.000,00	$ 3.697.900,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.791.000,00	$ 3.582.000,00	$ 1.906.900,00
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	01	02	2021		FEBRERO
	AL	28	02	2021	02	FEBRERO

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.

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

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.	Anexo Evidencia de informe

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 & REGISTRO	El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
		Versión: 04
		Fecha: 09 / 01 / 2019

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 **CALI** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1229** de **2020** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **2321** CDP No **2321**

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

Valor en letras: **UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS CON 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	02	2021		FEBRERO
	AL	28	02	2021	02	FEBRERO

Para constancia se firma en **CALI** a los **24** días del mes de **FEBRERO** de **2021**

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** CALI

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 IMPRESION	

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

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:	888888
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:		4374870244	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993950890

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	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	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		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	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																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN							SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1113537684	ARISTIZABAL SAMBONI LINA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	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		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 263.800**

Planilla Pagada

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2021

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 2019 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 28 días del mes de febrero de 2021.

Atentamente,

LINA MARCELA ARISTIZABAL SAMBONI
CC. 1.113.537.684

Santiago de Cali, Febrero 28 de 2021

INFORME PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD
ORIP CALI MES ENERO DE 2021

En el siguiente informe se detallan las actividades desarrolladas en el periodo comprendido del 1 al 28 de Febrero de 2021 de acuerdo a la formalización documental De Medidas Preventivas Para El Ingreso Seguro Al Trabajo En Oficinas De La Superintendencia De Notariado Y Registro Covid-19:

ACTIVIDADES REALIZADAS:

1. Realice la toma de temperatura a todo el personal que ingreso a la ORIP (Funcionarios, Contratistas, Guardas de seguridad, Aseadores, Visitantes, Usuarios).

2. Verifique a todo el personal que ingreso a las instalaciones de la entidad que tuvieran debidamente puesto el tapabocas, y realice encuesta de sintomatología Alista.

3. Verifique que los funcionarios, contratistas o usuarios que ingresaran a las instalaciones de la entidad realizaran los protocolos de desinfección con el uso del gel antibacterial y/o alcohol; También sugerí a todo el personal que realizara el debido lavado de manos con agua y jabón por mínimo 20 segundos.

4. Realice encuesta diaria a todo el personal que ingreso si presento síntomas de tos seca, problemas respiratorios o relacionados y prohibimos el Ingreso algunos de ellos reportándolos a SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

5. Sugerí el respeto en la distancia de dos metros entre los usuarios que adelantaran actividades en las instalaciones de la entidad, y en los recintos en que se encuentran los funcionarios ejecutando su labor.

6. Asegure que el ingreso fuese escalonado para asegurar la distancia de dos metros entre cada persona.

7. Se realizó el debido control en la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los guardas de seguridad.

8. Realice los respectivos inventarios de reporte al Registrador y al Jefe de dependencia, donde se indica las bajas en 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.

9. Diligencie los formularios de implementación, seguimiento e implementación del protocolo de bioseguridad, para remitir a las dependencias con sus debidas correcciones.

10. Entregue elementos de protección de bioseguridad a todo el personal que Ingreso a la oficina como: (Tapabocas, Guantes, Alcohol, Gel antibacterial).

11. Verifique las zonas de desinfección como baños, pasillos, ascensores, Oficinas cocina y salón de alimentos.

12. Se remitió a Bogotá a la oficina se seguridad y salud en el trabajo el último viernes del mes, los respectivos soportes de los formatos requeridos debidamente diligenciados.

Atentamente,

LINA MARCELA ARISTIZABAL
Contratista Control De Bioseguridad.

CARLOS ARTURO RUIZ MORENO
Funcionario Supervisor