SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

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

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Dia 07 | Mes 11 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.121.834.037	DE	VILLAVICENCIO				
TELEFONO DE CONTACTO	315-2535249	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	ycontrerasc@outlook.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	yeniffer.contreras@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCO DE BOGOTA	No DE CUENTA	395064389	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No	DE Año		
2012	2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 18.739.440,00
		HONORARIOS MENSUALES	$ 3.123.240,00

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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	CARLOS ENRIQUE MELENJE HURTADO
CARGO DEL SUPERVISOR	DIRECTOR ADMINISTRATIVO NOTARIAL

CDP No.	89524	CRP No.	430524
FECHA CDP	14/06/2024	FECHA CRP	25/07/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 29 | Mes 07 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 12 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 02 | Mes 08 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 5 | 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	$ 3.123.240,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 3.123.240,00		

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	01	10	2024				
AL	31	10	2024	03	30	100%	OCTUBRE

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

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)	164900	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	211000	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	6900	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 382.800	PLANILLA DE PAGO No.	81275089

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 18.739.440,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 3.019.132,00	$ 3.019.132,00	$ 15.720.308,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.123.240,00	$ 6.142.372,00	$ 12.597.068,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3.123.240,00	$ 9.265.612,00	$ 9.473.828,00
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		
DEL	01	10	2024	PAGO No.	OCTUBRE
AL	31	10	2024	03	OCTUBRE

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera. 2. Concertar previo inicio de cada periodo mensual con la Coordinación del Grupo de Gestión Documental, el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Apoyar las actividades para la clasificación organización, digitalización y levantamiento de inventarios documentales de archivos de acuerdo con el ciclo vital del documento aplicando las Tablas de Retención Documental de la Entidad.	1 Se presenta informe de ejcución y cuenta de cobro mensual siguiendo los lineamientos establecidos. 2. Se concerta el cronograma de actividades. 3. Se apoyaron las actividades de conformidad con las tablas de retención documental.

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4. Brindar apoyo en los procesos de selección, ordenación, identificación de fondos acumulados documentales, preparación de traslados, transferencias documentales, eliminaciones documentales en archivos de gestión y central, de acuerdo con procedimientos archivísticos establecidos. 5. Apoyar la recolección de datos para la elaboración de diagnósticos integrales de archivos y documentos relacionados con el estado y mejoramiento de la gestión documental de la SNR. 6. Recibir y ubicar unidades documentales cajas X-300, X-200 o X-100 como producto de las transferencias documentales al archivo central de la Entidad 7. Brindar apoyo en la elaboración de los instructivos, protocolos y demás documentos que se requieran en cada una de las etapas del Archivo Central. 8. Apoyar al grupo de gestión documental en las funciones administrativas a su cargo (solicitud, revisión, validación y corrección de los documentos para trámite precontractual y demás) 9. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato. 10. Participar de ser requerido en las reuniones y mesas de trabajo del Grupo de Gestión Documental, y entregar las tareas asignadas. 11. Entregar los documentos que integren la ejecución del presente contrato, con sus antecedentes, borradores, datos o procedimientos a la SNR. 12. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, organizados y puestos en recepción para disposición final en razón de las actividades de gestión documental encomendadas, bajo los principios de la ética profesional. 13. Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada. 14. Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del contrato.	4. Se brindó el apoyo en los procesos requeridos de acuerdo a los procedimientos determinados. 5. Se apoyó la recolección de datos para la elaboración de los diagnósticos integrales de archivos y documentos relacionados con el estadso y mejoramiento de la gestión documental de la SNR. 6. Se prestó el apoyo al grupo de gestión documental en las funciones administrativas a cargo del contratista. 7. Se brindó el apoyo requerido al grupo de gestión documental en las funciones administrativas a cargo. 8. Se cumple con la asistencia a las capacitaciones indicadas. 9. Se participó en las reuniones y mesas de trabajo indicadas. 10. Se prestaron los servicios en forma personal. 11. Se ejecutaron las funciones indicadas por el supervisor del contrato de conformidad con la naturaleza del contrato.

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
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 30 - 08 - 2022

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 período, se deja constancia que el (la) contratista **YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.121.834.037** de **VILLAVICENCIO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **2012** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **430524** CDP No **89524**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3.123.240,00**

Valor en letras: **TRES MILLONES CIENTO VEINTITRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS CON 00 CTVOS**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	10	2024	**PAGO No.**	**OCTUBRE**
	AL	31	10	2024	**03**	**OCTUBRE**

Para constancia se firma en **BOGOTA D.C.** a los **07** días del mes de **NOVIEMBRE** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
CARLOS ENRIQUE MELENJE HURTADO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO NOTARIAL

CONTRATISTA



Firma Contratista
YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO
Cedula de Ciudadania No
1.121.834.037 **DE** VILLAVICENCIO

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2024

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 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:

1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2023 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO_X_.
2. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI_X__ NO____
3. Dependiente Económico: SI_X__ NO___ (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.
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___ NO_X__,
5. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_X__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
6. Crédito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.
7. Medicina prepagada SI_X__ NO ____, adjuntar certificación de la EPS, incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.
8. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo asociadas a la presente cuenta de cobro, si marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%), si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo a depuración de renta y UVT aplicable, SI____ NO__X__
9. Ha suscrito contratos durante el año 2024: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($188.260.000) SI____ NO_X___.

En constancia de lo anterior, se firma a los 07 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,



YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO

CC 1.121.834.037

MEDISANITAS S.A.S

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 800.153.424-8
Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá
y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 04 de septiembre de 2024

A QUIEN CORRESPONDA

MEDISANITAS certifica, que durante el año gravable 2023, **YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO** identificado (a) con CC No. **1121834037**, Titular del Contrato No.20605201583, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
LUCIANNA HUELGOS CONTRERAS	RC 1123821731	HIJO(A)	01-01/31-12	$2.683.200	$134.160	$2.817.360
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$158.286	$7.914	$166.200

LA SUMA DE: $2.983.560 (DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, articulo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121834037	YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO	CRA 51 No. 21 A 04 SUR PLAYA RICA	3152535249	ycontrerasc@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	81275089	$382.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	20	2.400	0	164.900	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	208.000	0	0	0	0	20	3.000	0	211.000	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	6.800				6.800	20	100	6.900			68	6.900	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
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.900
Pensión	1	208.000	211.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	382.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1121834037	YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO	CRA 51 No. 21 A 04 SUR PLAYA RICA	3152535249	ycontrerasc@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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**	
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	81275089	$382.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario 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	1121834037	CONTRERAS CAMARGO YENIFFER YICETH	59	0			N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141085172579

(415)7707212489984(8020) 000014108517257 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 3 4 0 3 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 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 1 2 1 8 3 4 0 3 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CONTRERAS	CAMARGO	YENIFFER	YICETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CR 51 # 21 A - 04 SUR

42. Correo electrónico: ycontrerasc@outlook.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 2 5 3 5 2 4 9	

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
7 0 1 0	2 0 1 6 0 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 6 0 2 0 1					

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 2024 - 08 - 01 / 05 : 44: 55

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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? Sí 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		
☐	ACTA DE INICIO YENIFFER CONTRERAS.pdf	ACTA DE INICIO YENIFFER CONTRERAS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DESIGNACION DE SUPERVISION .pdf	DESIGNACION DE SUPERVISION .pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 430524 DAF-GD - .pdf	Compromiso 430524 DAF-GD - .pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO.pdf	ARL YENIFFER YICETH CONTRERAS CAMARGO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf	R. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias 2 al 31 de agosto de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.zip	Evidencias 2 al 31 de agosto de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias 01 al 30 de septiembre de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.zip	Evidencias 01 al 30 de septiembre de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de cobro 2 al 30 de agosto Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.pdf (Archivado)	1. Informe de supervisión Yeniffer Contreras Ago.24 consolidado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 02 al 30 de agosto 2024-Yeniffer Yiceth Contreras Camargo .pdf	Cuenta de cobro 02 al 30 de agosto 2024-Yeniffer Yiceth Contreras Camargo .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☑	Cuenta de cobro 01 al 30 de septiembre de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.pdf	Cuenta de cobro 01 al 30 de septiembre de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☑	Evidencias 01 al 31 de octubre de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.zip	Evidencias 01 al 31 de octubre de 2024 Yeniffer Yiceth Contreras Camargo.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

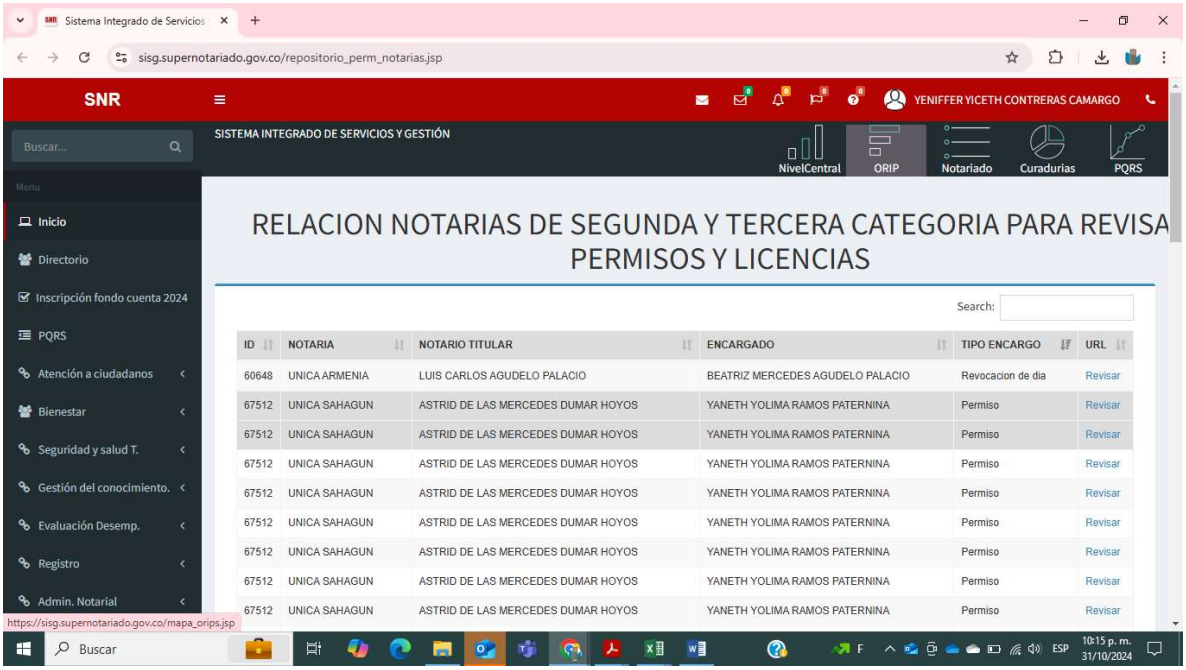
Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

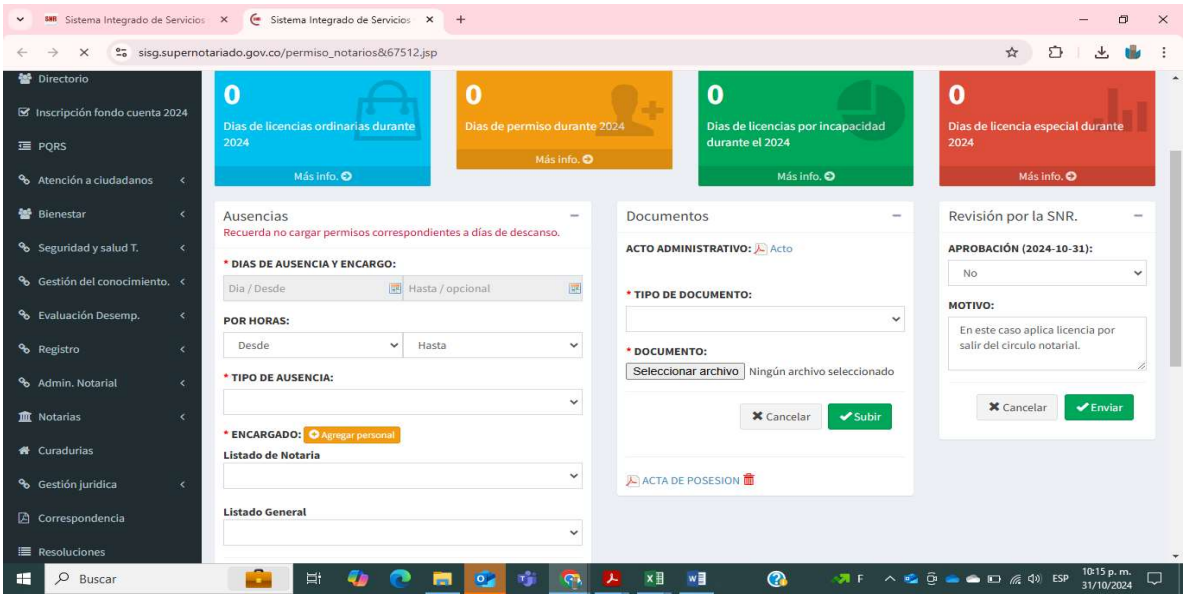
CONTRATO 2012-2024

EVIDENCIAS DE EJCUCIÓN – REGISTRO DE VALIDACIONES REPOSITORIO DE ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL

1. Acceso al aplicativo SISG SNR



2. Validaciones




VALIDACIONES OCTUBRE 2024
Registros No aprobados
Registros aprobados
NUMERO DE VALIDACIONES
0
500
1000
1500
2000
2500
3000
NUMERO DE VALIDACIONES
Registros aprobados
Registros No aprobados
Series1
2510
840
1570