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

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Día 03 | Mes 04 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	OMAR DAVID GUZMAN BRAVO				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	13.070.660	DE	PASTO		
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0006910	CELULAR	3014304949		
E-MAIL PERSONAL	omarguzmanabogado@gmail.com				
E-MAIL INSTITUCIONAL	omar.guzman@supernotariado.gov.co				
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	20405726645	C.A. X	C.C.

CONTRATO ACTUAL No 944 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 32.875.800,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 8.218.950,00

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_TIERRAS
Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: SARA JULIETH VELANDIA MENDOZA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 19

CDP No.	31025	CRP No.	147125
FECHA CDP	14/01/2025	FECHA CRP	12/02/2025

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 13 | Mes 02 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 16 | Mes 06 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 17 | Mes 02 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 4 | DIAS 0

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

ADICION Y/O PRORROGA No.

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 8.218.950,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 8.218.950,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	03	2025	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	31	03	2025	02	30	100%	MARZO

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

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

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

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1.	COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	412500	ALIANSALUD	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	528000	COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	17300	POSITIVA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 957.800	PLANILLA DE PAGO No.	84230291 - 85215111

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 32.875.800,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 3.835.510,00	$ 3.835.510,00	$ 29.040.290,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 8.218.950,00	$ 12.054.460,00	$ 20.821.340,00
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		$ -	$ -
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	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	03	2025		MARZO
AL	31	03	2025	02	MARZO

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
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

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Hacer seguimiento y control de los términos de los procesos disciplinarios del Grupo Interno para el Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos, que le sean asignados en la etapa de instrucción, mediante acta de reparto. 2. Revisar, sustanciar, instruir y practicar pruebas en el curso de los procesos disciplinarios en contra de los curadores y excuradores urbanos y, en general adelantar las actuaciones disciplinarias a las que haya lugar, respecto de los procesos asignados. 3. Proyectar y/o revisar respuestas a las PQRS que formulen los usuarios en relación con la función ejercida por los Curadores Urbanos, así como los actos que resuelvan recursos y acciones de tutela especialmente en lo que corresponda a los procesos asignados. 4. Revisar y/o proyectar los actos administrativos que resuelvan en fase de instrucción los procesos disciplinarios que se adelanten contra los Curadores y Excuradores Urbanos, sin perjuicio del poder preferente que podrá ejercer la Procuraduría General de la Nación, especialmente en los procesos que le sean asignados. 5. Adelantar, en asocio con el apoyo técnico, los trámites tendientes al cumplimiento de las decisiones proferidas como comunicaciones, notificaciones y demás actos para que cobren efectos jurídicos. 6. Elaborar los estudios jurídicos y documentos necesarios que definan las actividades relacionadas con la inspección, vigilancia y control la función que cumplen los Curadores Urbanos, de conformidad con los lineamientos establecidos por la Delegada, según se requiera. 7. Elaborar los proyectos de resolución, circulares, instrucciones administrativas y demás actos administrativos para la firma de la Superintendente Delegada, en lo relacionado con la función que ejercen los curadores urbanos, según se requiera. 8. Mantener actualizado el Sistema de Información Disciplinario, para la conformación y custodia del archivo de procesos que cursan en la dependencia para dar cumplimiento a las normas de gestión documental. 9. Preparar, y presentar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas para permitir evaluar la gestión de la dependencia. 10. Prestar en forma personal el servicio, por lo que no podrá subcontratar la labor contratada. 11. 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 12. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño	1.- Se realizó seguimiento y control de los términos de los procesos disciplinarios del Grupo Interno para el control y vigilancia de Curadores Urbanos. Así mismo, en reunión de trabajo se recordó a los abogados sustanciadores la necesidad de verificar los términos a fin de evitar prescripciones. 2.- Se realizó revisión de los proyectos de autos dentro de los expedientes que a continuación se señalan: 041-2025 042-2025 043-2025 046-2025 0280-2023 073-2024 040-2024 041-2024 0778-2024 0271-2023 0027-2023 0623-2024 103-2022 079-2024 119-2022 008-2022 057-2022 024-2022 080-2024 109-2024 0427-2023 0429-2023 628-2024 620-2024 621-2024 622-2024 416-2024 095-2022 110-2022 119-2022 641-2024

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
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

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 período, se deja constancia que el (la) contratista **OMAR DAVID GUZMAN BRAVO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **13.070.660** de **PASTO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **944** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **147125** CDP No **31025**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 8.218.950,00**

Valor en letras: **OCHO MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año		
	DEL	01	03	2025	PAGO No.	MARZO
	AL	31	03	2025	02	MARZO

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **03** días del mes de **ABRIL** de **2025**

SUPERVISOR

Sara J Velandia M.

Firma Supervisor
SARA JULIETH VELANDIA MENDOZA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 19

CONTRATISTA

Firma Contratista
OMAR DAVID GUZMAN BRAVO
Cedula de Ciudadania No
13.070.660 **de** PASTO

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

CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el(la) señor(a) OMAR DAVID GUZMAN BRAVO, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 13.070.660 de Pasto, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 944 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de FEBRERO Y MARZO.

Dependencia	DELEGADA_DE_TIERRAS - DT_CUR								
Perfil Contratista	**Profesional Especializado Tipo D**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		1	**03**	**2025**		**30**	**03**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud							$ 412.500	
	Valor Pensión							$ 528.000	
	Valor ARL							$ 17.300	
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla							**84230291 - 85215111**	
	Periodo de la planilla							**FEBRERO - MARZO**	
	Fecha pago planilla							**3/03/2025 - 31/03/2025**	

Se expide la presente certificación una vez verificado el pago de las planillas anteriormente relacionadas y sirve como soporte para cuenta de cobro del contratista a los tres (3) día del mes de abril de 2025.

Sara J Velandia M.

SARA JULIETH VELANDIA MENDOZA
Profesional Especializado 19

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	13070660	OMAR DAVID GUZMAN BRAVO		calle 64 No. 1-15	3014304949	omarguzmanabogado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84230291	$493.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	212.500	0		0		0	0	0	0	212.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	272.000	0	0	0	0	0	0		272.000	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	8.900				8.900	0	0	8.900			89	8.900	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	212.500	212.500
Pensión	1	272.000	272.000
Riesgos Laborales	1	8.900	8.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	493.400	493.400

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
CC	13070660	OMAR DAVID GUZMAN BRAVO		calle 64 No. 1-15	3014304949	omarguzmanabogado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84230291	$493.400	

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	Exonerado	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	13070660	GUZMAN BRAVO OMAR DAVID	59	0			N								X								25-14	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS001	1.700.000	212.500	14-23	1.700.000	1	8.900		0	0	0	0	0	0	0	0

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
CC	13070660	OMAR DAVID GUZMAN BRAVO		calle 64 No. 1-15	3014304949	omarguzmanabogado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-03	2025-03	I	31/03/2025	85215111	$957.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	412.500	0		0		0	0	0	0	412.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	528.000	0	0	0	0	0	0		528.000	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	17.300				17.300	0	0	17.300			173	17.300	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	412.500	412.500
Pensión	1	528.000	528.000
Riesgos Laborales	1	17.300	17.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	957.800	957.800

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
CC	13070660	OMAR DAVID GUZMAN BRAVO		calle 64 No. 1-15	3014304949	omarguzmanabogado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-03	2025-03	I	31/03/2025	85215111	$957.800	

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	Exonerado	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	13070660	GUZMAN BRAVO OMAR DAVID	59	0			N																	25-14	3.300.000	528.000	0	0	0	0	EPS001	3.300.000	412.500	14-23	3.300.000	1	17.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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, 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:

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2024 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT.	X	
2. Soy responsable del impuesto sobre la renta.	X	
3. Dependiente Económico: 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
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		X
5. AFC: Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. **Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.**		X
6. Crédito de Vivienda: Realizo pagos de crédito de vivienda, A**djuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.**		X
7. Medicina prepagada: Realizo pagos de medicina prepagada, A**djuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.**		X
8. 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
9. Ha suscrito contratos durante el año 2025: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($199.196.000)		X

En constancia de lo anterior, se firma a los tres (3) días del mes de abril de 2025.

Atentamente,

OMAR GUZMAN BRAVO
CC 13.070.660

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 9:39:37
OMAR DAVID GUZMAN...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

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

Datos guardados

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		
☐	SUPERVISION OMAR DAVID GUZMAN.pdf	SUPERVISION OMAR DAVID GUZMAN.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL OMAR DAVID GUZMAN BRAVO.pdf	ARL OMAR DAVID GUZMAN BRAVO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	acta de inicio 2025 SNR.pdf	acta de inicio 2025 SNR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 174125 DT-CUR1203 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Compromiso 174125 DT-CUR1203 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Comprador	Descargar	Detalle

	No.9442025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D..pdf	No.9442025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D..pdf			
☐	PDF # 6 EXAMEN OCUPACIONAL.pdf	PDF # 6 EXAMEN OCUPACIONAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CAMBIO DE SUPERVISIÓN SARA VELANDIA (1).pdf	CAMBIO DE SUPERVISIÓN SARA VELANDIA (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 17 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 CONTRATO 944 DE 2025.zip	EVIDENCIAS DEL 17 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 CONTRATO 944 DE 2025.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DR. OMAR INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO 2025 CTO 944 SNR (1).pdf	DR. OMAR INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO 2025 CTO 944 SNR (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS PERIODO DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2025.zip	EVIDENCIAS PERIODO DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2025.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 1 AL 31 DE MARZO 2025 OMAR DAVID GUZMAN BRAVO.pdf	EVIDENCIAS DEL 1 AL 31 DE MARZO 2025 OMAR DAVID GUZMAN BRAVO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO 17 AL 28 DE FEBRERO 2025. OMAR DAVID GUZMAN firmada.pdf	CUENTA DE COBRO 17 AL 28 DE FEBRERO 2025. OMAR DAVID GUZMAN firmada.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.