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: Dia 04 | Mes 04 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	HÉCTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	79.591.086	DE	BOGOTÁ				
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0007490	CELULAR	3124334144				
E-MAIL PERSONAL	HECTORVLADIMIRFAJARDO@GMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	HECTOR.FAJARDO@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	8600691979	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 752 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 57.046.560,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 7.130.820,00

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: JULLHEMBER CAMPO GUTIERREZ

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADOR DEL GRUPO DE SERVICIOS

CDP No.	39425	CRP No.	113625
FECHA CDP	22/01/2025	FECHA CRP	3/02/2025

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 04 | Mes 02 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTÁ

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 03 | Mes 10 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 04 | Mes 02 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 8 | DIAS

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: $ 7.130.820,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 7.130.820,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

PERIODO DE PAGO

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

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

		Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1.	COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	356700	SANITAS	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	456500	COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	14900	POSITIVA	0.522%

TOTAL A PAGAR $ **828.100** **PLANILLA DE PAGO No.** **85155888**

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ **57.046.560,00**

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 6.417.738,00	$ 6.417.738,00	$ 50.628.822,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 7.130.820,00	$ 13.548.558,00	$ 43.498.002,00
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		
DEL	01	03	2025	PAGO No.	MARZO
AL	30	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. 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. Apoyar la supervisión de proyectos donde se adelanta la intervención documental de libros de antiguo sistema y antecedentes registrales. 3. Apoyar en la estructuración, ejecución y control de las diferentes actividades y tareas que se deriven del Proyecto del Grupo de Gestión Documental denominado IN HOUSE. 4. Brindar apoyo en la supervisión de contratos, adelantando el seguimiento técnico a los componentes archivísticos para la intervención documental en Series Documentales producidas por la Superintendencia de Notariado y Registro. 5. Realizar visitas técnicas de acuerdo con las necesidades que desde el Grupo de Gestión Documental se requieran para atender la ejecución de los planes, programas y proyectos. 6. Realizar las actividades propias en la revisión de los procesos, procedimientos y cronograma de trabajo de los proyectos de intervención documental. 7. Elaborar informes estadísticos de acuerdo con los proyectos de gestión documental. 8. Definir estrategias de trabajo y medición de tiempos en el marco de los procesos de intervención documental. 9. Apoyo administrativo en la supervisión técnica de los contratos de organización y digitalización de libros de antiguo sistema y antecedentes registrales. 10. Entregar los documentos que integren la ejecución del presente contrato, con sus antecedentes, borradores, datos o procedimientos a la SNR. 11. Apoyar a la elaboración de conceptos técnicos que sean necesarios frente a los requerimientos relacionados con el objeto del contrato. 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. Asumir las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, siempre que estén relacionadas con la naturaleza del contrato y el alcance de las responsabilidades establecidas.	1. Para el periodo certificado se entrega el presente informe, con sus respectivos soportes, los cuales hacen parte de este. 2. En el periodo certificado, no se entregó supervisión alguna. 3. En el periodo certificado no se asignaron actividad alguna del proyecto del grupo de Gestión Documental denominado IN HOUSE. 4. En el periodo certificado se enviaron correos para solicitar cotizaciones de compra e instalación de Aires Acondicionados para varias ORIP a nivel nacional y para el Nivel Central, se realizó el estudio de mercado para la adquisición e instalación de aires acondicionados para varias ORIP a nivel nacional, debido a la actualización de las necesidades. 5. Durante el periodo certificado, no se realizó visita alguna, para atender la ejecución de los planes, programas y proyectos. 6. Durante el periodo certificado, no se realizó revisión alguna de procesos, procedimientos, ni cronogramas de trabajo de los proyectos de intervención documental. 7. Durante el periodo certificado no se solicitó realizar informe alguno. 8. En el periodo certificado no se realizó actividad para esta obligación. 9. En este periodo se realizó el seguimiento a la solicitud y verificación de cada uno de los documentos para iniciar la correcta ejecución contractual, tanto de las adiciones de las órdenes de compra del contrato de aseo y cafetería, que inicio su ejecución en la vigencia 2024. Al igual que de las OC que iniciaron su ejecución en el mes de febrero de 2025. 10. Al presente informe se anexan todos y cada uno de los documentos que integran, el presente contrato: Formato cuenta de cobro, Formato de retención, planilla del mes anterior a cobrar, Rut, Pantallazo SECOP donde se evidencie el cargue de las evidencias y el informe de actividades del mes a cobrar. 11. Luego de verificar los documentos enviados por la regional pacifico para la compra e instalación de aires acondicionados para distintas ORIP de dicha regional, se envió la viabilidad para la compra de dichos los mismos. 12. Los documentos entregados durante el periodo certificado para revisar o manipular se archivaron en el drive del dominio de la entidad. 13. Durante el periodo certificado no se asignaron funciones diferentes a las 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
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

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 **HÉCTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL** identificado (a) con cedula de ciudadania No **79.591.086** de **BOGOTÁ** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **752** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **113625** CDP No **39425**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 7.130.820,00**

Valor en letras: **SIETE MILLONES CIENTO TREINTA MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS CON 00 CTVOS**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	03	2025	**PAGO No.**	**MARZO**
	AL	30	03	2025	**02**	**MARZO**

Para constancia se firma en **BOGOTÁ** a los **04** días del mes de **ABRIL** de **2025**

SUPERVISOR



Firma Supervisor
JULLHEMBER CAMPO GUTIERREZ
COORDINADOR DEL GRUPO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

CONTRATISTA



Firma Contratista
HÉCTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL
Cedula de Ciudadania No
79.591.086 **de** BOGOTÁ

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) HÉCTOR VLADIMIR FANARDO ABRIL, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 79.591.086 de Bogotá, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 752 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de febrero.

Dependencia	**Grupo de Servicios Administrativos**								
Perfil Contratista	**Profesional Especializado Tipo C**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		1	**03**	**2025**		**30**	**03**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud							$ 358.000	
	Valor Pensión							$ 458.100	
	Valor ARL							$ 15.000	
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla							**84347138 - 84987498**	
	Periodo de la planilla							**Febrero**	
	Fecha pago planilla							**3/03/2025 – 31/03/2025**	

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 cuatro (4) días del mes de abril de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
JULLHEMBER CAMPO GUTIERREZ
COORDINADOR DEL GRUPO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el(la) señor(a) HÉCTOR VLADIMIR FANARDO ABRIL, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 79.591.086 de Bogotá, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 752 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de marzo.

Dependencia	**Grupo de Servicios Administrativos**								
Perfil Contratista	**Profesional Especializado Tipo C**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		1	**03**	**2025**		**30**	**03**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud							$ 356.700	
	Valor Pensión							$ 456.500	
	Valor ARL							$ 14.900	
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla							**85155888**	
	Periodo de la planilla							**Marzo**	
	Fecha pago planilla							**04/04/2025**	

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 cuatro (4) días del mes de abril de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR
JULLHEMBER CAMPO GUTIERREZ
COORDINADOR DEL GRUPO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

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	79591086	HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CALLE 59 # 50 - 44	3151011	hectorvladimirfajardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	84347138	$413.300	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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
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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	79591086	HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CALLE 59 # 50 - 44	3151011	hectorvladimirfajardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
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	84347138	$413.300	

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	79591086	FAJARDO ABRIL HECTOR VLADIMIR	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79591086	HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CALLE 59 # 50 - 44	3151011	hectorvladimirfajardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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
84347138	03/03/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	N	31/03/2025	84987498	$417.800	

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	178.700	0		0		0	11	1.300	0	180.000	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	228.700	0	0	0	0	11	1.600	0	230.300	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	7.400				7.400	11	100	7.500			74	7.500	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
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	178.700	180.000
Pensión	1	228.700	230.300
Riesgos Laborales	1	7.400	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	414.800	417.800

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	79591086	HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CALLE 59 # 50 - 44	3151011	hectorvladimirfajardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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
84347138	03/03/2025	N	31/03/2025	84987498	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02				$417.800	

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	79591086	FAJARDO ABRIL HECTOR VLADIMIR	59	0			N							X										25-14	2.853.000	456.500	0	0	0	0	EPS005	2.853.000	356.700	14-23	2.853.000	1	14.900		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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79591086	HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CALLE 59 # 50 - 44	3151011	hectorvladimirfajardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	04/04/2025	85155888	$828.100	

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	356.700	0		0		0	0	0	0	356.700	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	456.500	0	0	0	0	0	0		456.500	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	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	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	356.700	356.700
Pensión	1	456.500	456.500
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	828.100	828.100

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	79591086	HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CALLE 59 # 50 - 44	3151011	hectorvladimirfajardo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
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	04/04/2025	85155888	$828.100	

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	79591086	FAJARDO ABRIL HECTOR VLADIMIR	59	0			N																	25-14	2.853.000	456.500	0	0	0	0	EPS005	2.853.000	356.700	14-23	2.853.000	1	14.900		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

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 4 días del mes de abril de 2025.

Atentamente,

HÉCTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL
CC 79.591.086

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41697405

NUIP 1141518025

41697405

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 69 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código DUA

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FAJARDO	BONILLA

Nombre(s): ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 27	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)

COLOMBIA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51276332-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BONILLA MURGAS SALLY JACQUELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52487814 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FAJARDO ABRIL HECTOR VLADIMIR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79591086 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FAJARDO ABRIL HECTOR VLADIMIR

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 79591086 de BOGOTA

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número): No. _____ de _____

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número): No. _____ de _____

Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes AGO Día 28	MARIA INES PANTOJA PONCE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
NOTARIA SESENTA Y NUEVE
BOGOTA D.C.

Como Notaría Sesenta y Nueve del Circulo, hago constar que esta copia coincide con su copia auténtica que he tenido a la vista.
29 AGO 2008
MARIA INES

REGISTRO CIVIL
El presente registro es fotocopia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos

© PRISA S.A. NIT. 890.321.151-0

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 04 de abril de 2025

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL** identificado (a) con CC No. **79591086**, Titular del Contrato No.1010296742, 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
HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL	CC 79591086	TITULAR	01-01/31-12	$4.937.400	$246.870	$5.184.270
ISABELLA FAJARDO BONILLA	TI 1141518025	HIJO(A)	01-01/31-12	$4.937.400	$246.870	$5.184.270
SALOME FAJARDO BONILLA	TI 1010845624	HIJO(A)	01-01/31-12	$4.937.400	$246.870	$5.184.270
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$1.303.996	$65.204	$1.369.200

LA SUMA DE: $16.922.010 (DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL DIEZ 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141136581978

(415)7707212489984(8020) 000014113658197 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 9 1 0 8 6	5	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	7 9 5 9 1 0 8 6	

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
FAJARDO	ABRIL	HECTOR	VLADIMIR

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: CL 59 50 44 AP 303 BRR QUIRINAL

42. Correo electrónico: hectorvladimirfajardo@gmail.com

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

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 4 9 0	2 0 0 1 0 7 0 2					

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 - 10 - 15 / 21 : 24: 02

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:

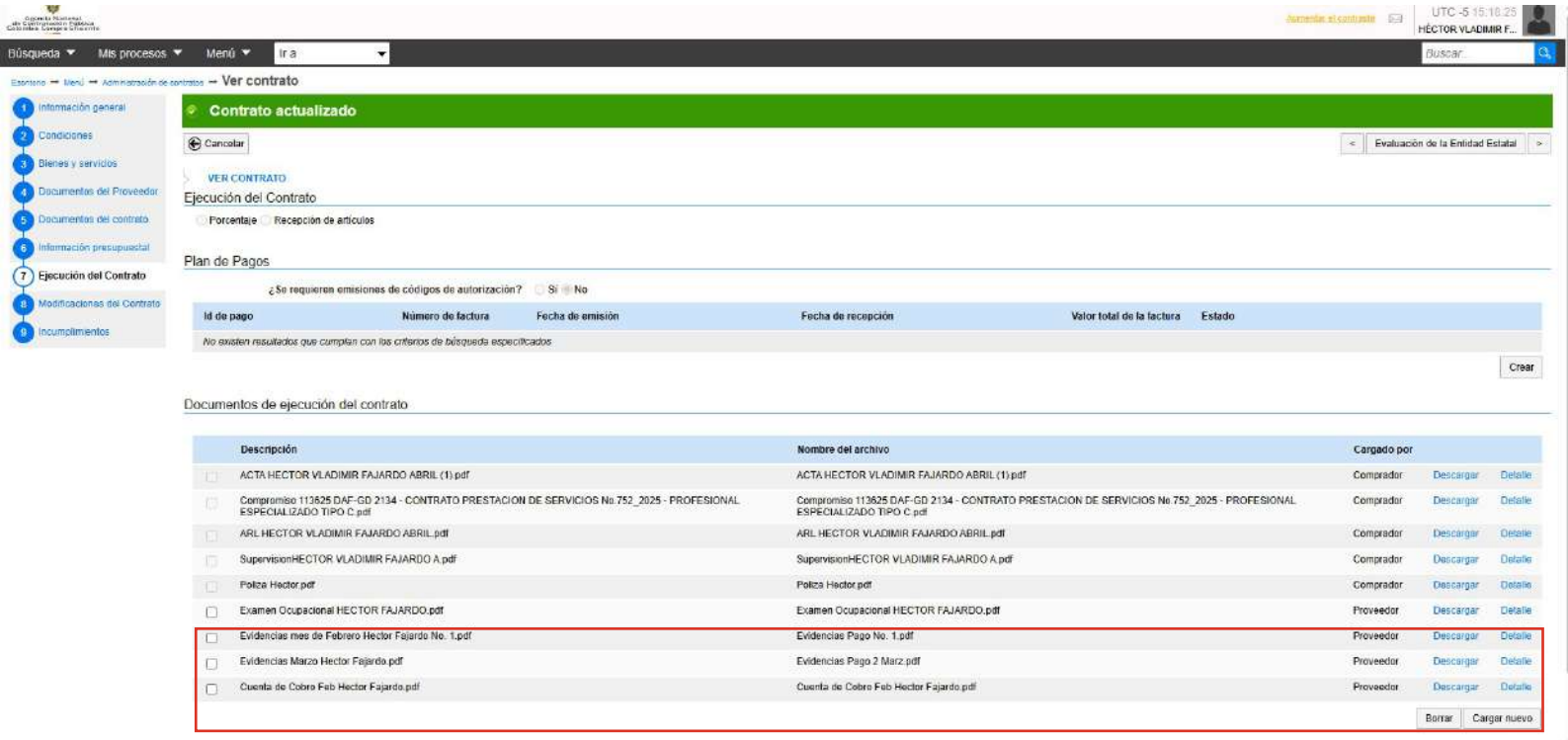
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FAJARDO ABRIL HECTOR VLADIMIR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


Aumentar el contraste
UTC -5 15:16:25
HÉCTOR VLADIMIR F...
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
Contrato actualizado
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 HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL (1).pdf
ACTA HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL (1).pdf
Comprador Descargar Detalle
Compromiso 113625 DAF-GD 2134 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No 752_2025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C.pdf
Compromiso 113625 DAF-GD 2134 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No 752_2025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C.pdf
Comprador Descargar Detalle
ARL HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL.pdf
ARL HECTOR VLADIMIR FAJARDO ABRIL.pdf
Comprador Descargar Detalle
SupervisionHECTOR VLADIMIR FAJARDO A.pdf
SupervisionHECTOR VLADIMIR FAJARDO A.pdf
Comprador Descargar Detalle
Poliza Hector.pdf
Poliza Hector.pdf
Comprador Descargar Detalle
Examen Ocupacional HECTOR FAJARDO.pdf
Examen Ocupacional HECTOR FAJARDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Evidencias mes de Febrero Hector Fajardo No. 1.pdf
Evidencias Pago No. 1.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Evidencias Marzo Hector Fajardo.pdf
Evidencias Pago 2 Marz.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Cuenta de Cobro Feb Hector Fajardo.pdf
Cuenta de Cobro Feb Hector Fajardo.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo