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 01 | Mes 04 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	MARIA CAMILA GARZON DELGADO		
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1,075,287,235	DE	NEIVA
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0006910	CELULAR	3183271441
E-MAIL PERSONAL	CAMILA.1195@HOTMAIL.COM		
E-MAIL INSTITUCIONAL	mariac.garzon@supernotariado.gov.co		
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	488401532640

C.A. X | C.C.

CONTRATO ACTUAL No 15 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 35,654,100.00

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 . Dependencia: DIRECCION_DE_CONTRATACIÓN Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: RAMIRO ALEJANDRO CARDONA AGUIRRE

CARGO DEL SUPERVISOR: DIRECTOR DE CONTRATACION

CDP No.	21925	CRP No.	22825
FECHA CDP	03/01/25	FECHA CRP	03/01/25

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 03 | Mes 01 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 02 | Mes 06 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 03 | Mes 02 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 5 | 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: $ 7,130,820.00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 7,130,820.00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	03	2025	PAGO No.	No DÍAS		MARZO
AL	31	03	2025	03	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)	356,600	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	456,400	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	14900	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 827,900	PLANILLA DE PAGO No.	7964332597

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 35,654,100.00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 6,655,432.00	$ 6,655,432.00	$ 28,998,668.00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 7,130,820.00	$ 13,786,252.00	$ 21,867,848.00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 7,130,820.00	$ 20,917,072.00	$ 14,737,028.00
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		$ -	$ -
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	31	03	2025	03	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 a la Dirección y a la Secretaria General en los procesos precontractuales, contractuales y postcontractuales que se radiquen en esta dependencia. 3. Participar en los procesos de selección de los contratistas que le sean asignados por la Dirección de Contratación de la SNR. 4. Elaborar las condiciones adicionales de los contratos de prestación de servicios. 5. Aprobar las diferentes pólizas que le sean asignadas. 6. Elaborar las actas correspondientes de terminación y suspensión solicitados por el Director de Contratación. 7. Presentar y preparar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas. 8. Prestar apoyo en temas relacionados a liquidaciones de contratos. 9. Participar en las audiencias y reuniones que sean necesarias para el desarrollo del objeto contratado. 10. Las demás que el Supervisor le asigne para la debida ejecución de su contrato	OBLIGACION 1. Se presenta cuenta de cobro mes de marzo. correspondiente a los dias del 01 al 31 del mismo vigencia OBLIGACION 2.Se revisaron los estudios previos y se proyectaron los contratos de prestacion de servicios que se aportan en el Ecxel OBLIGACION 3. Para estos dias esta actividad no fue asignada. OBLIGACION 4. Se revisaron y proyectaron las condiciones de los contatos anexos en el ecxel OBLIGACION 5. se revisaron y se aprobaron las pólizas anexas en el excel. OBLIGACION 6. Para estos días esta actividad no fue asignada OBLIGACION 7. se presenta informe de actividades mes de febrero correspondiente a los días 01 al 31 de la misma vigencia OBLIGACION8.Para estos días esta actividad no fue asignada OBLIGACION 9. Para estos dias esta actividad no fue asignada OBLIGACION10.se ha estado atenta a cualquier incidación e instrucción de mi superior.

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 **MARIA CAMILA GARZON DELGADO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1,075,287,235** de **NEIVA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **15** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **22825** CDP No **21925**

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**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año
	DEL	01	03	2025
	AL	31	03	2025

PAGO No. **03** **MARZO** **MARZO**

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **01** días del mes de **ABRIL** de 2025

SUPERVISOR

Firma Supervisor
RAMIRO ALEJANDRO CARDONA AGUIRRE
DIRECTOR DE CONTRATACION

CONTRATISTA

Firma Contratista
MARIA CAMILA GARZON DELGADO
Cedula de Ciudadania No
1,075,287,235 **de** NEIVA

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 la señora Maria Camila Garzon Delgado, identificadoa con Cedula de Ciudadanía No. 1.075.287.235 de Neiva, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 15 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de febrero y marzo de 2025.

Dependencia	Superintendencia de Notariado y Registro- Contratacion								
Perfil Contratista	Profesional Especializado Tipo C								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		01	**03**	**2025**		**31**	**03**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud								$358.200
	Valor Pensión								$458.500
	Valor ARL								$15.000
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla								**7962278560**
	Periodo de la planilla								**febrero**
	Fecha pago planilla								**17/03/2025**
Planilla seguridad social	Valor Salud								$**356.600**
	Valor Pensión								$**456.400**
	Valor ARL								**$14.900**
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla								**7964332597**
	Periodo de la planilla								**marzo**
	Fecha pago planilla								**01/04/2025**

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 1 días del mes de abril de 2025.

RAMIRO ALEJANDRO CARDONA AGUIRRE
(Director de Contratacion)
Supervisor del Contrato

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075287235
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA GARZON DELGADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CLL 21 # 34A-41	TELÉFONO:	1111111
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:		**7962278560**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		7					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/03/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1337552461	

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	$ 456.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 456.400	$ 2.100	$ 458.500
SUBTOTALES:										**$ 456.400**	**$ 2.100**	**$ 458.500**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 356.600	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 356.600	$ 1.600	$ 0	$ 358.200
SUBTOTALES:													**$ 356.600**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 358.200**

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	$ 14.900	$ 14.900	$ 100	$ 0	$ 15.000
SUBTOTALES:									**$ 14.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 15.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1075287235	GARZON DELGADO MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.852.328				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.852.328	$ 456.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 456.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.852.328	$ 356.600	$ 0	$ 356.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.852.328	107528723	$ 14.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 831.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075287235
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA GARZON DELGADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CLL 21 # 34A-41	TELÉFONO:	1111111
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:		**7964332597**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1379119978

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	$ 456.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 456.400	$ 0	$ 456.400
SUBTOTALES:										**$ 456.400**	**$ 0**	**$ 456.400**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 356.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.600	$ 0	$ 0	$ 356.600
SUBTOTALES:													**$ 356.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 356.600**

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	$ 14.900	$ 14.900	$ 0	$ 0	$ 14.900
SUBTOTALES:									**$ 14.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 14.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1075287235	GARZON DELGADO MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.852.328				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.852.328	$ 456.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 456.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.852.328	$ 356.600	$ 0	$ 356.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.852.328	107528723	$ 14.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 827.900

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 1 días del mes de abril de 2025.

Atentamente,

NOMBRE: MARIA CAMILA GARZON DELGADO

CC 1.075.287.235

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1023087420

Indicativo Serial 62158614

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 8 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAMANCA	GARZÓN

Nombre(s): JOSÉ VALENTINO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUL Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24084311067577

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GARZON DELGADO MARIA CAMILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1075287235	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SALAMANCA BORRERO SERGIO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1026285734	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SALAMANCA BORRERO SERGIO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1026285734

Firma: X Sergio

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2024 Mes AGO Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

WILLIAM URREA ROCHA (E)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

X Sergio

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

WILLIAM URREA ROCHA (E)

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - LIBRO DE VARIOS TOMO 259 FOLIO 034.-;09/08/2024

William Urrea Rocha
Notaria 8 (E)

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena

Powered by CamScanner

COTO NOTARIO 8 (E) DEL CIRCULO DE

BOGOTA D.C.

CERTIFICO QUE:

La presente acta es fiel copia del original tomada del registro Civil de NACIMIENT

folio _____ libro _____, serial indicativo número: 6215 8614

que expido en la ciudad de Bogotá D.C. Hoy 12 AGO 2024

PARA ACREDITAR PARENTESCO

WIL[illegible] FECHA

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		
☐	ACTA MARIA CAMILA GARZON DELGADO.pdf	ACTA MARIA CAMILA GARZON DELGADO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DESIGNACION DE SUPERVISION MARIA CAMILA GARZON.pdf	DESIGNACION DE SUPERVISION MARIA CAMILA GARZON.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DC-DESP997 CONTRATO 015 PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C DE LA DIRECCION DE CONTRATOS PLAZO 5 MESES.pdf	DC-DESP997 CONTRATO 015 PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C DE LA DIRECCION DE CONTRATOS PLAZO 5 MESES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL MARIA CAMILA GARZON DELGADO.pdf	ARL MARIA CAMILA GARZON DELGADO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS ENERO 2025..pdf	EVIDENCIAS ENERO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CC MARIA CAMILA GARZON DEL 03 AL 31 DE ENERO 2025 (1).pdf	CC MARIA CAMILA GARZON DEL 03 AL 31 DE ENERO 2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias periodo del 01 de febrero al 28 de febrero de 2025 .zip	Evidencias periodo del 01 de febrero al 28 de febrero de 2025 .zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CC MARIA CAMILA GARZON DEL 01 AL 28 DE FEBRERO 2025.pdf	CC MARIA CAMILA GARZON DEL 01 AL 28 DE FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias periodo del 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.zip	Evidencias periodo del 01 de marzo al 31 de marzo de 2025.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >