| 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 SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION 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 | ISAURA PILAR RIVERO GARCIA | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 1.067.838.188 | DE | MONTERIA | | |
| CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 000-0006910 | CELULAR | 314 8673044 | | |
| E-MAIL PERSONAL | isaurariverog@gmail.com | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | isaura.rivero@supernotariado.gov.co | | | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | No DE CUENTA | 455000046108 | C.A. X | C.C. |

CONTRATO ACTUAL No 24 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: DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: RAMIRO ALEJANDRO CARDONA AGUIRRE

CARGO DEL SUPERVISOR: DIRECTOR DE CONTRATACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 21925 | CRP No. | 22525 |
| FECHA CDP | 3/01/25 | FECHA CRP | 3/01/25 |

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 ENERO | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 5 | 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

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 7.130.820,00

PERIODO DE PAGO

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

# 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) | 356600 | SANITAS | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 456400 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 14900 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 827.900 | PLANILLA DE PAGO No. | 85186340 |

## 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 | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 03 | 2025 | | MARZO |
| AL | 30 | 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.<br><br>2. Apoyar legalmente en la revisión y análisis jurídico de los procesos pre-contractuales, contractuales y post-contractuales, que se lleven a término en la Superintendencia de Notariado y Registro.<br><br>3.Elaborar las minutas contractuales que requiera la Superintendencia de Notariado y Registro, verificar que cumplan con los requisitos mínimos de ley de acuerdo con la naturaleza del contrato y con el fin de proteger los intereses de la entidad.<br><br>4.Realizar la proyección, revisión y publicación de los documentos y actos administrativos que se requieran en el proceso de contratación asignado, revisando que cumplan con los requisitos de ley y se efectúen dentro de los términos correspondientes.<br><br>5. Elaborar las actas de terminación y suspensión de los contratos que se requieran.<br><br>6.Participar en las audiencias y reuniones que requiera la Dirección de Contratación.<br>7.Asistir a los Comités de contratación de los procesos precontractuales que le sean asignados para su trámite.<br><br>8. Presentar y preparar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas.<br><br>9.Las demás que el Supervisor le asigne para la debida ejecución de su contrato. | 1. Se presenta cuenta de cobro mes de enero correspondiente al periodo del 1 al 30 de marzo vigencia 2025.<br><br>2. Se revisaron los estudios previos, la totalidad de los documentos de los postulados para el cumplimiento de requisitos en la étapa precontractual de los contratos de prestacion de servicios Nos: 1346-1358-1359-1360-1429-1430-1431-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1609-1610-1611-1657.<br><br>3. Se elaboraron las minutas de los contratos de prestación de servicios, se crearon las Directas en Secop II, se crearon los contratos y se llevó a cabo todo el proceso contractual en plataforma secop II, Así mismo, se realizaron los trámites para la legalización de los contratos con solicitud de ARL, RP, revisión de póliza y remisión de la totalidad de los documentos como pantallazo de aprobación de póliza por la entidad, Afiliación ARL, certificado de Registro Presupuestal del Cto, minuta y oficio de supervisión al correo de supervisiones para la respectiva notifiación de los siguientes contratos Nos: 1346-1358-1359-1360-1429-1430-1431-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1609-1610-1611-1657.<br><br>4.Se revisaron y proyectaron los documentos anexos a cada contratación, tales como : Minuta de condiciones adicionales, oficio de idoneidad y Supervisión de los contratos de prestación de servicios relacionados en los puntos 2 y 3.<br><br>5. No se requirió en este periodo.<br><br>6. Se participó en las reuniones convocadas por el supervisión.<br><br>7. No se requirió en este periodo.<br><br>8. Se dió cumplimiento a esta obligación.<br><br>9.Se dió cumplimiento a lo requerido en su totalidad por el Supervisor, en los tiempos oportunos. |

**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 **ISAURA PILAR RIVERO GARCIA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.067.838.188** de **MONTERIA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **24** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **22525** 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 | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 01 | 03 | 2025 | | MARZO |
| | AL | 30 | 03 | 2025 | 03 | 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 CONTRATACIÓN

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
ISAURA PILAR RIVERO GARCIA
**Cedula de Ciudadania No**
1.067.838.188 **de** MONTERIA




**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 ISAURA PILAR RIVERO GARCÍA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.067.838.188 de Montería, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 024 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de Febrero y Marzo.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia** | **DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN** | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | $ 356.600 | |
| | Valor Pensión | | | | | | | $ 456.400 | |
| | Valor ARL | | | | | | | $ 14.900 | |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | | |
| | Número de planilla | | | | | | | **85186340- MARZO<br>84563325- FEBRERO** | |
| | Periodo de la planilla | | | | | | | **2025-03<br>2025-02** | |
| | Fecha pago planilla | | | | | | | **01/04/2025<br>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 el primer (01) día del mes de abril de 2025.

**RAMIRO ALEJANDRO CARDONA AGUIRRE**
**DIRECTOR DE CONTRATACIÓN**

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 | 1067838188 | ISAURA PILAR RIVERO GARCIA | Calle 22b #58-60 | 3649090 | ISAURA.RIVEROG@HOTMAIL.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 01/04/2025 | 85186340 | $827.900 | |

## 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 | 356.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 356.600 | 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 | 456.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 456.400 | 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 | 356.600 | 356.600 |
| Pensión | 1 | 456.400 | 456.400 |
| 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 | 827.900 | 827.900 |

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 | 1067838188 | ISAURA PILAR RIVERO GARCIA | Calle 22b #58-60 | 3649090 | ISAURA.RIVEROG@HOTMAIL.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 | 01/04/2025 | 85186340 | $827.900 | |

## 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** | **Estudiante** | **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 | 1067838188 | RIVERO GARCIA ISAURA PILAR | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.852.328 | 456.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.852.328 | 356.600 | 14-23 | 2.852.328 | 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 | 1067838188 | ISAURA PILAR RIVERO GARCIA | Calle 22b #58-60 | 3649090 | ISAURA.RIVEROG@HOTMAIL.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 31/03/2025 | 84563325 | $833.200 | |

## 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 | 356.600 | 0 | | 0 | | 0 | 10 | 2.300 | 0 | 358.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 456.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 2.900 | 0 | 459.300 | 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 | 14.900 | | | | 14.900 | 10 | 100 | 15.000 | | | 149 | 15.000 | 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 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 10 | 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 | 356.600 | 358.900 |
| Pensión | 1 | 456.400 | 459.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 14.900 | 15.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 827.900 | 833.200 |

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 | 1067838188 | ISAURA PILAR RIVERO GARCIA | | Calle 22b #58-60 | 3649090 | ISAURA.RIVEROG@HOTMAIL.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 | 31/03/2025 | 84563325 | $833.200 | |

## 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 | 1067838188 | RIVERO GARCIA ISAURA PILAR | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.852.328 | 456.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.852.328 | 356.600 | 14-23 | 2.852.328 | 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, parágrafo 2 del artículo 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:<br>a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%).<br>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 el primer (01) día del mes de Abril de 2025.

Atentamente,

NOMBRE ISAURA PILAR RIVERO GARCIA

CC 1.067.838.188

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 ISAURA PILAR RIVERO GARCIA.pdf | ACTA ISAURA PILAR RIVERO GARCIA.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | DESIGNACION DE SUPERVISION ISAURA RIVERO.pdf | DESIGNACION DE SUPERVISION ISAURA RIVERO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | DC-DESP1014 CONTRATO 024 POFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C DE LA DIRECCION DE CONTRATOS PLAZO 5 MESES.pdf | DC-DESP1014 CONTRATO 024 POFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C DE LA DIRECCION DE CONTRATOS PLAZO 5 MESES.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL ISAURA RIVERO.pdf | ARL ISAURA RIVERO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS PERIODO ENERO 2025 IPRG.zip | EVIDENCIAS PERIODO ENERO 2025 IPRG.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CC ISAURA RIVERO DEL 03 AL 31 DE ENERO 2025.pdf | CC ISAURA RIVERO DEL 03 AL 31 DE ENERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS PERIODO FEBRERO 2025 IRPG.pdf | EVIDENCIAS PERIODO FEBRERO 2025 IRPG.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CC ISAURA RIVERO DEL 01 AL 28 DE FEBRERO 2025.pdf | CC ISAURA RIVERO DEL 01 AL 28 DE FEBRERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS PERIODO MARZO.pdf | EVIDENCIAS PERIODO MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >