| 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 02 | Mes 04 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 29.284.138 | DE | BUGA - VALLE | | |
| CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 000-0005911 | CELULAR | 3125566423 | | |
| E-MAIL PERSONAL | lauj-@hotmail.com | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | laura.perez@supernotariado.gov.co | | | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | No DE CUENTA | 550488442944994 | C.A. X | C.C. |

CONTRATO ACTUAL

| No | DE | Año | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | HONORARIOS MENSUALES |
|---|---|---|---|---|
| 55 | DE | 2025 | $ 12.992.640,00 | $ 3.248.160,00 |

OBJETO DEL CONTRATO: EICONTRATISTA deberáprestar por sus propios medios y conplena 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: TÉCNICO ADMINISTRATIVO TIPO B

| | |
|---|---|
| NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO | PEDRO HERNANDO MALAGON |
| CARGO DEL SUPERVISOR | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 19 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 23625 | CRP No. | 34525 |
| FECHA CDP | 3/01/2025 | FECHA CRP | 8/01/2025 |

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 10 | Mes 01 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

| | |
|---|---|
| CIUDAD | BOGOTA |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 09 | Mes 05 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 10 | Mes 01 | 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: $ 3.248.160,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO | No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 3.248.160,00

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 03 | 2025 | | | | |
| AL | 31 | 03 | 2025 | 03 | 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) | 459200 | SANITAS | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 587800 | COLPENSIONES | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 19200 | POSITIVA | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 1.066.200 | PLANILLA DE PAGO No. | 1070609379-1071349169 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | $ 12.992.640,00 | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 2.273.712,00 | $ 2.273.712,00 | $ 10.718.928,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 3.248.160,00 | $ 5.521.872,00 | $ 7.470.768,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 3.248.160,00 | $ 8.770.032,00 | $ 4.222.608,00 |
| 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.Diagramar las piezas comunicativas que se generen dentro del Grupo de Vigilancia y Control a los Curadores Urbanos para ser socializados con los sujetos vigilados.<br>2.Realizar laspresentaciones en medios digitales que sean requeridas para reportar información del Grupo de Vigilancia y Control a los Curadores Urbanos a las áreas que las soliciten.<br>3.Apoyar con el diseño y estructura de los manuales de usuario de los aplicativos del SISG, para hacerlos de fácil entendimiento para el usuario.<br>4.Servir de enlace con el Grupo de Comunicaciones de la entidad, para coordinar lapublicación y divulgación de todas las piezas informativas que se generen al interior del Grupo de Vigilancia y Control a los Curadores Urbanos.<br>5.Hacer seguimiento a las legalizaciones de las comisiones de servicio generadas dentro del Grupo para el Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos, asegurando el cumplimiento de los términos establecidos por la Secretaría General.<br>6.Apoyar a los supervisores del Grupo para el Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos con la revisión de las cuentas de cobro de los contratistas, verificando que la forma de estas cumpla con los requisitos exigidos por el área correspondiente.<br>7.Apoyar con larevisión de los documentos precontractuales para adelantar losprocesos de ordenes de prestación de servicios que se generen al interior del Grupo<br>para el Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos.<br>8.Presentarel informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo encuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.<br>9.Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño. | 7-Se realizo gestion y seguimiento de BULLET con la ofc de comunicaciones para oficina de curadores - Se realizo la labor de actualizar ordenar con fechas base de datos curadores, buscar documentos de actas de posesión y decretos de nombramiento organizar en su respectiva<br>carpeta de las curadurías en el sisg.<br>8 - Se realiza la cuenta de cobro |

**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 **LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **29.284.138** de **BUGA - VALLE** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **55** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **34525** CDP No **23625**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3.248.160,00**

**Valor en letras:** **TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA PESOS CON 00 CTVOS**

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

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **02** días del mes de **ABRIL** de **2025**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
PEDRO HERNANDO MALAGON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 19

## CONTRATISTA

29'284.138

**Firma Contratista**
LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ
**Cedula de Ciudadania No**
29.284.138 **de** BUGA - VALLE



**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 | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 03 |
|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Versión: 01 |
| | FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL | Fecha: 17 – 01 - 2025 |

# CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que la señora, Laura Johanna Pérez H. identificada con Cedula de Ciudadanía No.29284138 de Buga Valle, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 55 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de Febrero y Marzo 2025.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia** | **CURADURIA** | | | | | | | | |
| **Perfil Contratista** | **TECNICO ADMINISTRATIVO TIPO B** | | | | | | | | |
| **Mes a cobrar** | **Desde** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Hasta** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | **01** | **03** | **2025** | | **31** | **03** | **2025** | |
| **Planilla seguridad social** | Valor Salud | | | | | | | | $ 459.200 |
| | Valor Pensión | | | | | | | | $ 587.800 |
| | Valor ARL | | | | | | | | $ 19.200 |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | | |
| | Número de planilla | | | | | | | | **1070609379**<br>**1071349169** |
| | Periodo de la planilla | | | | | | | | **FEBRERO 2025**<br>**MARZO2025** |
| | Fecha pago planilla | | | | | | | | **FEBRERO 21-02-2025**<br>**MARZO 21-03-2025** |

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 02 días del mes de Abril de 2025.

**PEDRO HERNANDO MALAGON BOHORQUEZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19**

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**Superintendencia de Notariado y Registro**
Dirección: Calle 26 N° 13 – 49 Interior 201
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co
Bogotá D.C., Colombia

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-04-03, 03:39:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070609379

**Periodo Cotización:** febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

## PAGADO 21/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC29284138 | **Dirección** | CL 3BIS #68 - 40 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3125566423 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 29284138 | LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 3.673.584 | $ 587.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 3.673.584 | $ 459.200 | 0,522 | $ 3.673.584 | $ 19.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.066.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 3.673.584 | $ 3.673.584 | $ 3.673.584 | $ 0 | $ 587.800 | $ 459.200 | $ 19.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.066.200 | $ 0 | $ 1.066.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-04-03, 03:54:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071349169

**Periodo Cotización:** marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

## PAGADO 21/03/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC29284138 | **Dirección** | CL 3BIS #68 - 40 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3125566423 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 29284138 | LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 3.673.584 | $ 587.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 3.673.584 | $ 459.200 | 0,522 | $ 3.673.584 | $ 19.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.066.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 3.673.584 | $ 3.673.584 | $ 3.673.584 | $ 0 | $ 587.800 | $ 459.200 | $ 19.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.066.200 | $ 0 | $ 1.066.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

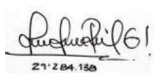
**FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2025**

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:<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 a los 02 días del mes de Abril de 2025 Atentamente,



NOMBRE : LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ

CC : 29284138

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? Si / No

| Identificación 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 INICIO CONTRATO 55-2025 LAURA PEREZ.pdf | ACTA INICIO CONTRATO 55-2025 LAURA PEREZ.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ.pdf | ARL LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CRP 34525 DT-CUR1214 - CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 055_2025- TECNICO ADMINISTRATIVO TIPO B.pdf | CRP 34525 DT-CUR1214 - CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 055_2025-TECNICO ADMINISTRATIVO TIPO B.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | SUPERVISION LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ.pdf | SUPERVISION LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CAMBIO DE SUPERVISION PEDRO MALAGON.pdf | CAMBIO DE SUPERVISION PEDRO MALAGON.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS FIRMADAS ENERO 2025 LAURA PEREZ.pdf | EVIDENCIAS FIRMADAS ENERO 2025 LAURA PEREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO FIRMADA DE ENERO 2025. LAURA PEREZ.pdf | CUENTA DE COBRO FIRMADA DE ENERO 2025. LAURA PEREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CERTIFICADO SALUD OCUPACIONAL LAURA PEREZ.pdf | CERTIFICADO SALUD OCUPACIONAL LAURA PEREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS FIRMADAS PERIODO 01 AL 28 DE FEBRERO 2025. LAURA PEREZ..pdf | EVIDENCIAS FIRMADAS PERIODO 01 AL 28 DE FEBRERO 2025. LAURA PEREZ..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA DE COBRO 01 AL 28 DE FEBRERO 2025. LAURA PEREZ. AJUSTADA.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO 01 AL 28 DE FEBRERO 2025. LAURA PEREZ. AJUSTADA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS 01 AL 31 DE MARZO 2025. LAURA PEREZ.pdf FIRMADA (1).pdf | EVIDENCIAS 01 AL 31 DE MARZO 2025. LAURA PEREZ.pdf FIRMADA (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO FIRMADA DE FEBRERO 2025 LAURA PEREZ.pdf | CUENTA DE COBRO FIRMADA DE FEBRERO 2025 LAURA PEREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14880482425

(415)7707212489984(8020) 000001488048242 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 9 2 8 4 1 3 8 | 1 | Impuestos de Cali 5 | |

## 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 | 2 9 2 8 4 1 3 8 | 2 0 0 0 0 2 2 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Guadalajara de Buga 1 1 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEREZ | HERNANDEZ | LAURA | JOHANNA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 50 94 32 AP 207 TO A CONJ T A

42. Correo electrónico: lauj-@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 5 5 6 6 4 2 3 | |

## 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 |
| 5 9 1 1 | 2 0 2 1 0 2 2 2 | 8 2 9 9 | 2 0 1 3 0 2 2 0 | | | | | |

## 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 2022 - 12 - 06 / 09 : 41: 10

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 PEREZ HERNANDEZ LAURA JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO