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	AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	55.300.403	DE	BARRANQUILLA				
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0006910	CELULAR	3229421893				
E-MAIL PERSONAL	juridicasocial2015@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	amelia.farfan@supernotariado.gov.co						
BANCO	CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24050093337	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 50 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 32.875.800,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 8.218.950,00

OBJETO DEL CONTRATO: El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero, a título de honorarios.
Dependencia: DELEGADA_DE_TIERRAS.
Perfil: PROFESIONAL_ESPECIALIZADO_TIPO_D

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: PEDRO HERNANDO MALAGON BOHORQUEZ

CARGO DEL SUPERVISOR: Profesional Especializado Grado 19

CDP No.	23625	CRP No.	29325
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: $ 8.218.950,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 8.218.950,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

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

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)	411000	COMPENSAR EPS	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	526100	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCIÓN SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	17200	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 954.300 PLANILLA DE PAGO No. 84890421- 84947463

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 32.875.800,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 5.753.265,00	$ 5.753.265,00	$ 27.122.535,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 8.218.950,00	$ 13.972.215,00	$ 18.903.585,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 8.218.950,00	$ 22.191.165,00	$ 10.684.635,00
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	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.Hacer seguimientoycontrol de los términosde losprocesosdisciplinariosdelGrupo InternoparaelControl yVigilanciaa losCuradoresUrbanos, que lesean asignados en la etapa de instrucción, mediante acta de reparto. 2.Revisar,sustanciar, instruirypracticarpruebasenelcursodelosprocesosdisciplinariosencontradelosCuradoresyexcuradoresurbanos y,engeneraladelantar las actuaciones disciplinarias a las que haya lugar, respecto de los procesos asignados. 3.ProyectarrespuestasalasPQRSqueformulenlosusuariosenrelaciónconlafunciónejercidapor losCuradoresUrbanos,asícomolosactosqueresuelvanrecursos y acciones de tutela especialmente en lo que corresponda a los procesos asignados mediante acta de reparto. 4.Proyectar losactosadministrativosqueresuelvanenfasedeinstrucciónlosprocesosdisciplinariosqueseadelantencontralos CuradoresyExcuradoresUrbanos,sin perjuicio del poder preferente que podrá ejercer la Procuraduría General de la Nación, especialmente en los procesos que le sean asignados. 5.Adelantar,enasocioconelapoyotécnico, lostrámitestendientesalcumplimientodelasdecisionesproferidascomocomunicaciones,notificacionesydemás actos para que cobren efectos jurídicos. 6.Elaborar losestudios jurídicosydocumentosnecesariosquedefinanlasactividadesrelacionadasconlainspección,vigilanciaycontrol lafunciónquecumplenlos Curadores Urbanos, de conformidad con los lineamientos establecidos por la Delegada, según se requiera. 7.Elaborar losproyectosderesolución, circulares, instruccionesadministrativasydemásactosadministrativospara la firmade laSuperintendenteDelegada, en lo relacionado con la función que ejercen los Curadores Urbanos, según se requiera. 8.Manteneractualizadoel Sistemade InformaciónDisciplinario, para laconformaciónycustodiadel archivodeprocesosquecursanen ladependenciaparadar cumplimiento a las normas de gestión documental. 9.Preparar, y presentar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas para permitir evaluar la gestión de la dependencia. 10.Prestar en forma personal el servicio, por lo que no podrá subcontratar la labor contratada. 11.Presentarel informedeejecucióncontractualycuentadecobrodemaneramensual,teniendoencuentaloslineamientosestablec idosporlaDirecciónAdministrativa y Financiera 12.Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeñ	C-126-2021 AUTO DE CIERRE DE INVESTIGACIÓN TRASLADO ALEGATOS PRECALIFICATORIOS23/01/2020 29/12/2020 15/07/2020 06/02/2020 30/11/2020 30/09/2020 05/11/2020 07/09/2020 10/02/2020 17/03/2020 26/06/2020 03/03/2020 22/05/2020 22/01/2025 28/12/2025/ 14/07/2025 05/02/2025 29/11/2025 29/09/2025 04/11/2025 06/09/2025 09/02/2025 16/03/2025 25/06/2025 02/03/2025 21/05/2025 07/03/2025 C-146-2029 AUTO QUE DECLARA LA PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DISCIPLINARIA 31/05/2019 23/11/2023 07/03/2025 C-032-2022 AUTO DE CIERRE DE INVESTIGACIÓN TRASLADO ALEGATOS PRECALIFICATORIOS 01/09/2021 02/09/2021 31/08/2026 01/09/2026 10/03/2025 SDC-000775-2024 AUTO DE CIERRE DE INVESTIGACIÓN TRASLADO ALEGATOS PRECALIFICATORIOS 03/08/2023 02/08/2028 11/03/2025 SDC-001103-2024 AUTO DE INVESTIGACIÓ DISCIPLINARIA 25/04/2023 04/09/2023 24/04/2028 03/09/2028 13/03/2025 SDC-001102-2024 AUTO DE INDAGACIÓN PREVIA POR DETERMIN POR DETERMINAR 21/03/2025 SDC-001104-2024 AUTO INHIBITORIO 01/11/2018 31/10/2023 14/03/2025 C-044-2021 ACUMULA C-038-2021 AUTO DE TERMINACIÓN Y ARCHIVO 05/06/2020 04/06/2025 27/03/2025 SDC-000417-2023 AUTO DE CIERRE DE INVESTIGACIÓN TRASLADO ALEGATO PRECALIFICATORIOS VIGENCIA 2023 VIGENCIA 2028 28/03/2025 C-027-2022 AUTO QUE PRORROGA EL TERMINO DE LA INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA 14/01/2021 13/01/2026 28/03/2025 2. Se realizaron ajustes solicitados de proyectos que ya se habian proyectado EXPEDIENTE ETAPA PROCESAL EN QUE SE ENCUENTRA FECHA

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 **AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **55.300.403** de **BARRANQUILLA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **50** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **29325** CDP No **23625**

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

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

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

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

SUPERVISOR



Firma Supervisor
PEDRO HERNANDO MALAGON BOHORQUEZ
Profesional Especializado Grado 19

CONTRATISTA



Firma Contratista
AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO
Cedula de Ciudadania No
55.300.403 **de** BARRANQUILLA

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 Amelia Rosa Farfán Toledo, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 55.300.403 de barranquilla, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 50 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente a los meses de febrero y marzo

Dependencia	**DELEGADA DE TIERRAS**								
Perfil Contratista	**PROFESIONAL ESPECILIZADO TIPO D**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		01	**03**	**2025**		**31**	**03**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud								$418.300 y $ 411.000
	Valor Pensión								$535.400 y $ 526.100
	Valor ARL								$17.600 y $ 17.200
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla								84890421 - 84947463
	Periodo de la planilla								Febrero y Marzo
	Fecha pago planilla								01/04/2025

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 tres (01) días del mes de abril de 2025.

Pedro Hernando Malagón Bohórquez
Profesional Especializado Grado 19

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	55300403	AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO	CL 52F SUR 24C 20	5630454	juridicasocial2015@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	01/04/2025	84890421	$971.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	411.000	0		0		0	28	7.300	0	418.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	526.100	0	0	0	0	28	9.300	0	535.400	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	17.200				17.200	28	400	17.600			172	17.600	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	28	0	0	0
ICBF				
0	28	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	411.000	418.300
Pensión	1	526.100	535.400
Riesgos Laborales	1	17.200	17.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	954.300	971.300

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
CC	55300403	AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO		CL 52F SUR 24C 20	5630454	juridicasocial2015@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	01/04/2025	84890421	$971.300	

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	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	55300403	FARFAN TOLEDO AMELIA ROSA	59	0			N							X									230201	3.287.580	526.100	0	0	0	0	EPS008	3.287.580	411.000	14-23	3.287.580	1	17.200		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	55300403	AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO	CL 52F SUR 24C 20	5630454	juridicasocial2015@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	01/04/2025	84947463	$954.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	411.000	0		0		0	0	0	0	411.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	526.100	0	0	0	0	0	0		526.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.200				17.200	0	0	17.200			172	17.200	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	411.000	411.000
Pensión	1	526.100	526.100
Riesgos Laborales	1	17.200	17.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	954.300	954.300

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
CC	55300403	AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO		CL 52F SUR 24C 20	5630454	juridicasocial2015@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	84947463	$954.300	

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	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	55300403	FARFAN TOLEDO AMELIA ROSA	59	0			N																	230201	3.287.580	526.100	0	0	0	0	EPS008	3.287.580	411.000	14-23	3.287.580	1	17.200		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

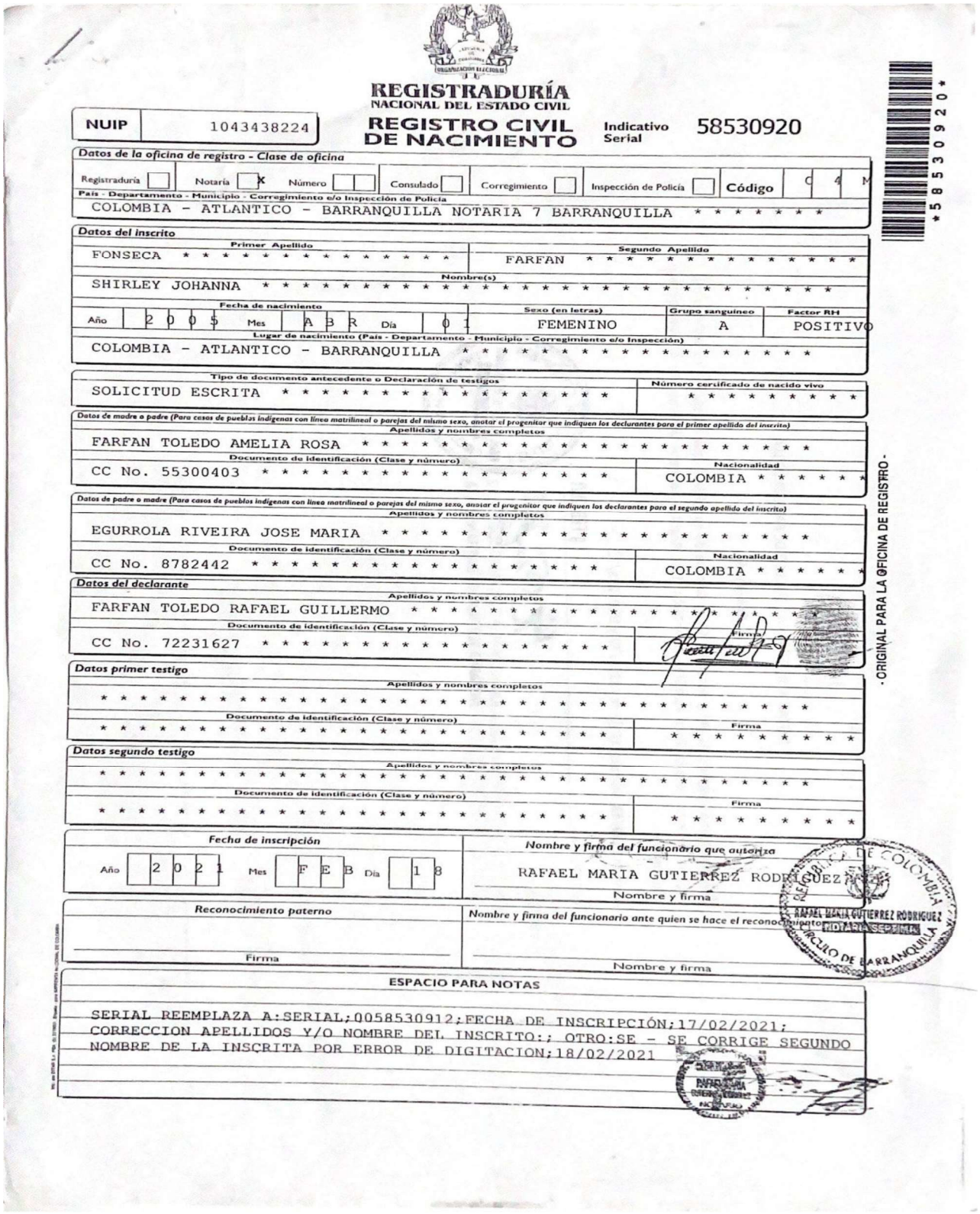
Nota: Remitir los soportes a los que hay lugar únicamente para contratos cuyos honorarios superen los $**6.000.000 mensuales**.

En constancia de lo anterior, se firma a los 01 días del mes de abril de 2025

Atentamente,

Amelia Rosa Farfán Toledo

CC 55.300.403



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58530920

58530920

NUIP 1043438224

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C 4 M

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 7 BARRANQUILLA * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: FONSECA * * * * * * * * * * * *

Segundo Apellido: FARFAN * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): SHIRLEY JOHANNA *

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes ABR Día 01

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: SOLICITUD ESCRITA * * * * * * * * * * * * * * * * *

Número certificado de nacido vivo: * * * * * * * * *

Datos de 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: FARFAN TOLEDO AMELIA ROSA *

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 55300403 * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIA * * * * * *

Datos de padre o madre (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: EGURROLA RIVEIRA JOSE MARIA *

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 8782442 * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FARFAN TOLEDO RAFAEL GUILLERMO *

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 72231627 * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Firma

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 2021 Mes FEB Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza: RAFAEL MARIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

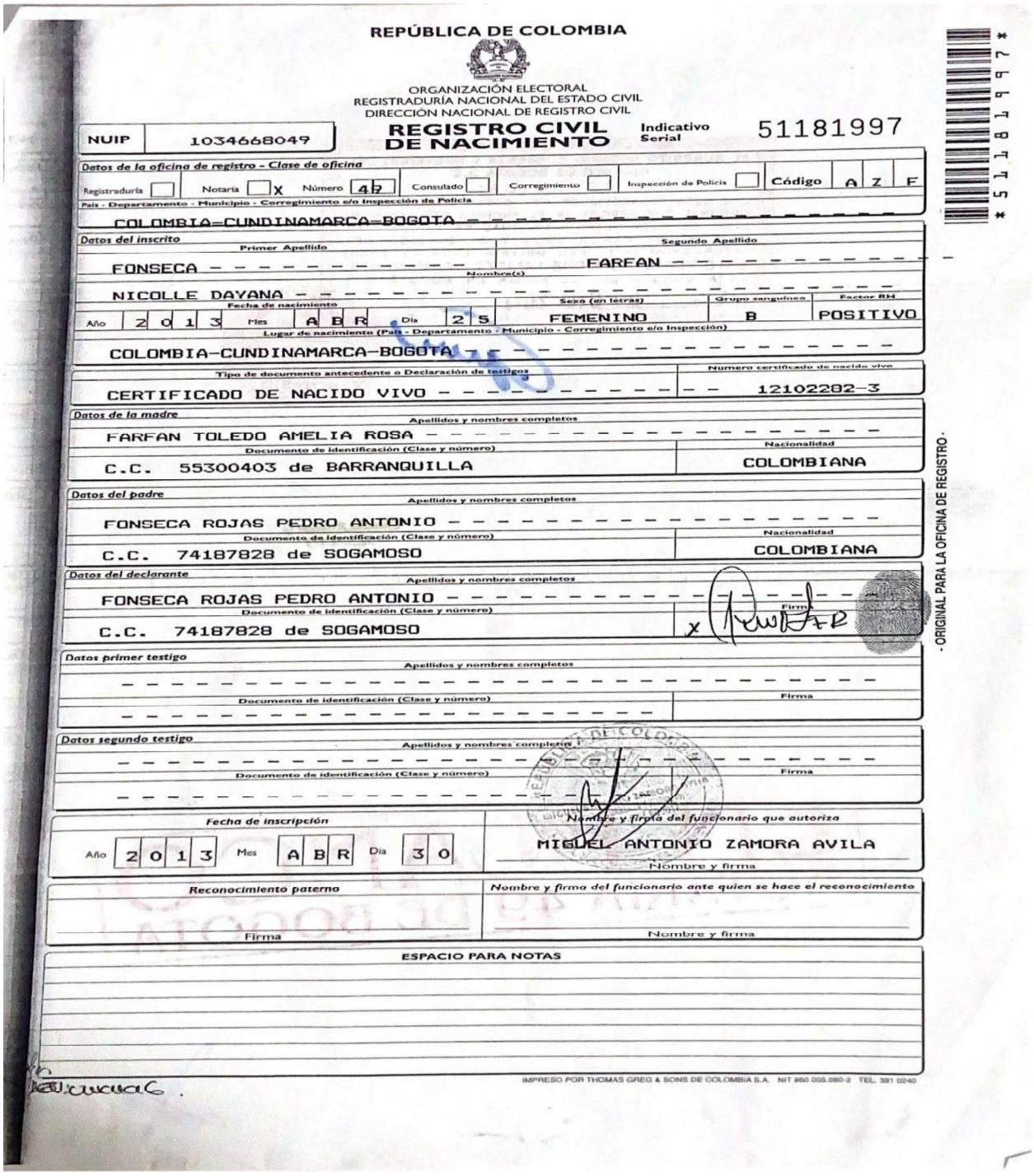
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SERIAL REEMPLAZA A:SERIAL;0058530912;FECHA DE INSCRIPCIÓN;17/02/2021;
CORRECCION APELLIDOS Y/O NOMBRE DEL INSCRITO:; OTRO:SE - SE CORRIGE SEGUNDO
NOMBRE DE LA INSCRITA POR ERROR DE DIGITACION;18/02/2021

RAFAEL MARIA GUTIERREZ RODRIGUEZ NOTARIA SEPTIMA CIRCULO DE BARRANQUILLA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1034668049

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51181997

51181997

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina
Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito
Primer Apellido: FONSECA
Segundo Apellido: FARFAN
Nombre(s): NICOLLE DAYANA
Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes ABR Día 25
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: B
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 12102282-3

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: FARFAN TOLEDO AMELIA ROSA
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 55300403 de BARRANQUILLA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: FONSECA ROJAS PEDRO ANTONIO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 74187828 de SOGAMOSO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: FONSECA ROJAS PEDRO ANTONIO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 74187828 de SOGAMOSO
Firma: x

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 2013 Mes ABR Día 30
Nombre y firma del funcionario que autoriza: MIGUEL ANTONIO ZAMORA AVILA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 22.415.335
TOLEDO GUERRERO
APELLIDOS
FRANCIA EMILIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1952
SITIONUEVO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
23-AGO-1974 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

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		
☐	ARL AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO.pdf	ARL AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 29325 DT-CUR 1204 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.050_2025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D.pdf	Compromiso 29325 DT-CUR 1204 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.050_2025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA INICIO CONTRATO 50-2025 AMELIA FARFAN.pdf	ACTA INICIO CONTRATO 50-2025 AMELIA FARFAN.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SUPERVISION AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO.pdf	SUPERVISION AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CAMBIO DE SUPERVISION PEDRO MALAGON.pdf	CAMBIO DE SUPERVISION PEDRO MALAGON.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Certificado de Salud ocupasional.pdf	Certificado de Salud ocupasional.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 10 AL 31 DE ENERO DE 2025 AMELIA FARFÁN (1).zip	EVIDENCIAS DEL 10 AL 31 DE ENERO DE 2025 AMELIA FARFÁN (1).zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO 10 AL 31 DE ENERO 2025- AMELIA FARFAN.pdf	CUENTA DE COBRO 10 AL 31 DE ENERO 2025- AMELIA FARFAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 AMELIA FARFÁN FIRMADO.pdf (Archivado)	EVIDENCIAS DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 AMELIA FARFÁN FIRMADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 AMELIA FARFÁN FIRMADO.zip	EVIDENCIAS DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 AMELIA FARFÁN FIRMADO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO AMELIA FARFÁN AJUSTADA.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO AMELIA FARFÁN AJUSTADA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 01 AL 31 DE MARZO DE 2025 AMELIA FARFÁN. FIRMADA.pdf	EVIDENCIAS DEL 01 AL 31 DE MARZO DE 2025 AMELIA FARFÁN. FIRMADA.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 141151417247

(415)7707212489984(8020) 000014115141724 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 5 3 0 0 4 0 3	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 5 3 0 0 4 0 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARFAN	TOLEDO	AMELIA	ROSA

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 52 F SUR # 24 C 20

42. Correo electrónico juridicasocial2015@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	3 2 2 9 4 2 1 8 9 3	6 0 1 5 6 3 0 4 5 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
6 9 1 0	2 0 1 5 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	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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

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 FARFAN TOLEDO AMELIA ROSA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO