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 05 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	30,393,866	DE	BOGOTA		
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0007020	CELULAR	3208563374		
E-MAIL PERSONAL	ollugra@gmail.com				
E-MAIL INSTITUCIONAL	olga.grajales@supernotariado.gov.co				
BANCO	BBVA	No DE CUENTA	832004758	C.A. X	C.C.

CONTRATO ACTUAL: No **943** 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: DIANA PAOLA TORRES

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADA 19

CDP No.	31125	CRP No.	146925
FECHA CDP	14/01/2025	FECHA CRP	12/02/2025

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 12 | Mes 02 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: BOGOTA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 16 | Mes 06 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 17 | Mes 02 | 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

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 8.218.950,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	04	2025	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	30	04	2025	03	30	100%	ABRIL

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)	600000	COMPENSAR	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	768000	COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	25100	POSITIVA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 1.393.100	PLANILLA DE PAGO No.	86023696

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	$ 3.835.510,00	$ 3.835.510,00	$ 29.040.290,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 8.218.950,00	$ 12.054.460,00	$ 20.821.340,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 8.218.950,00	$ 20.273.410,00	$ 12.602.390,00
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	04	2025	PAGO No.	ABRIL
	AL	30	04	2025	03	ABRIL

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. Participar en el desarrollo de las visitas generales y especiales a los curadores urbanos, efectuando la revisión del componente administrativo verificando la adecuada prestación de la función pública delegada en los curadores urbanos, y que la misma se cumpla en las condiciones administrativas dispuestas por la normatividad que rige a éstos particulares para el estudio, trámite y expedición de licencias urbanísticas y las actuaciones administrativas asociadas a las mismas, analizando y procesando la información solicitada al curador y dejando en cada caso constancia de su conformidad. 2. Preparar con antelación la práctica de la visita, principalmente la revisión de la normatividad urbanística aplicable a los predios licenciados que serán objeto de auditoría, así como, acopiar y analizar la información disponible del curador urbano, con el fin de determinar los temas que por su relevancia y vigencia ameriten ser considerados en el proceso de verificación. 3. Participar en las reuniones de apertura y cierre de las visitas generales y especiales a los curadores urbanos, con el fin de señalar los objetivos y conclusiones principales, siguiendo de las directrices establecidas por la dependencia. 4. Presentar y socializar los planes de mejoramiento del componente administrativo que evidencie durante el desarrollo de la visita con el líder del equipo, el curador urbano y el profesional del equipo interdisciplinario que este delegue. 5. Recopilar, organizar y entregar la información producida y recibida durante el desarrollo de la visita, que se asocie a la revisión del componente administrativo, así mismo, adelantar las gestiones que sean necesarias posteriores al cierre de las visitas, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la dependencia. 6. Efectuar los aportes que permitan la formulación de los planes de mejoramiento y los traslados al equipo disciplinario u otras dependencias u entidades, con base en los planes de mejoramiento del componente administrativo que evidencie durante el desarrollo de la visita. 7. Identificar y poner en conocimiento las causas generadoras de hallazgos evidenciados en desarrollo de las visitas. 8. Emitir conceptos técnicos a solicitud de los profesionales que conocen de los asuntos disciplinarios, para efectos de apoyar la instrucción de los procesos a su cargo, así como, proyectar desde el punto de vista técnico la respuesta de las peticiones, quejas y reclamos cuando así se requiera. 9. Recomendar las acciones de mejora a los procesos y procedimientos para la práctica de las visitas a los curadores urbanos. 10. Participar en la construcción de los lineamientos y la metodología para la implementación del modelo enfocado en riesgos en las actividades de inspección, vigilancia y control a los curadores urbanos. 11. Preparar y presentar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas. 12. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño.	1. La contratista participó en la visita realizada al Ingeniero CARLOS ALBERTO CONTRERAS, Curadora Dos del Municipio de Cúcuta, ordenada por medio de los Autos 15 del 20 de marzo del 2025 y Auto 19 del 27 de marzo del 2025, realizando revisión del componente administrativo vigencias 2024 y 2025, fecha de visita del 01 al 25 de abril del 2025. 2. La contratista entrego el formato 8. FORMATO DE VERFICACION DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO, correspondiente a la Curaduría Dos el Municipio de Cúcuta, debidamente diligenciado con la información entregada por la Curaduría. 3. La contratista entrego debidamente diligenciado formato 16 Calificación de Visita y formato 17 Plan de mejoramiento, están para revisión y aprobación de la Dra. Diana Paola Torres Saavedra. 4. La contratista, realizó la revisión previa a las visitas d algunos temas que serían objeto de la revisión en la auditoria, como es la página web en lo relacionado al componente administrativo de las Curadurías dos de Cúcuta. 5. La contratista participó en la reunión de instalación y cierre d la visita realizadas a la Curadurías Dos de Cúcuta. 6. La contratista citó y participo en dos reuniones citadas por l suscrita con el equipo de la Curaduría Dos de Cúcuta.1. 15 de abril del 2025, asunto: revisión herramienta. 2. 22 de abril del 202, asunto: socialización componente administrativo. 7. La contratista remitió correo a la Curaduría Dos de Cúcut para pedir que dos (2) PQRS, para realizar el proceso de verificación, de acuerdo con el formato 8 del componente administrativo. 8. La contratista, proyecto calificación y oficio del plan d mejoramiento de la visita realizada a la Curaduría Dos de Cúcuta. Se encuentra en el drive para revisión del líder de la visita y de los profesionales que lo requieren 9. La contratista realizó las correcciones a las calificacione (formato 16) y de los planes de mejoramiento (formato 17) de las visitas realizadas a la Curaduría Uno de Cota y la Curaduría Uno de Tunja de acuerdo con las recomendaciones y observaciones enviadas por la Dra. Diana Paola Torres Saavedra. 10. La contratista revisó la carpeta del component administrativo y de la revisión administrativa correspondiente a la visita de la Curaduría Dos de Cúcuta. 11. La contratista envió correo a la Dra. Diana Paola Torre Saavedra, solicitando incorporar la Ley 594 del 2000, al punto 8 de formato del componente administrativo. 12. La contratista participó en la capacitación realizada por e Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio CAPACITACION HERRAMIENTA BIZAGI CURADORES URBANOS, el 25 de abril del 2025, de forma virtual. 13. La contratista participó en la reunión del equipo de visita programas cada fin de mes, este mes fue el 30 de abril del 2025, en la sede de la SNR nivel central.

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 **OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **30,393,866** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **943** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **146925** CDP No **31125**

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	04	2025		ABRIL
	AL	30	04	2025	03	ABRIL

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

SUPERVISOR

Paola Torres S

Firma Supervisor
DIANA PAOLA TORRES
PROFESIONAL ESPECIALIZADA 19

CONTRATISTA

OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES

Firma Contratista
OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES
Cedula de Ciudadania No
30,393,866 **de** BOGOTA

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 **Olga Lucia Grajales Grajales**, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 30.393.866 de Manizales, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 943 de 2025, realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de abril del 2025.

Dependencia	**DT-DELEGADA DE TIERRAS**								
Perfil Contratista	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		01	**04**	**2025**		**30**	**04**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud							$ 600.000,oo	
	Valor Pensión							$768.000,oo	
	Valor ARL							$25.100,oo	
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla							**86023696**	
	Periodo de la planilla							**ABRIL DEL 2025**	
	Fecha pago planilla							**28-04-2025**	

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 02 días del mes de mayo del 2025.

DIANA PAOLA TORRES SAAVEDRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19
SUPERVISORA

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	30393866	OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES	cra 15 nO 109 56	3208563374	ollugra@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	
2025-04	2025-04	I	28/04/2025	86023696	$1.489.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	600.000	0		0		0	0	0	0	600.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	768.000	0	0	0	0	0	0		768.000	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	25.100				25.100	0	0	25.100			251	25.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	96.000	0	0	96.000	1

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	600.000	600.000
Pensión	1	768.000	768.000
Riesgos Laborales	1	25.100	25.100
CCF	1	96.000	96.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.489.100	1.489.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	30393866	OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES	cra 15 nO 109 56	3208563374	ollugra@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	
2025-04	2025-04	I	28/04/2025	86023696	$1.489.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	30393866	GRAJALES GRAJALES OLGA LUCIA	59	0			N																	25-14	4.800.000	768.000	0	0	0	0	EPS008	4.800.000	600.000	14-23	4.800.000	1	25.100	CCF24	4.800.000	96.000	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 **02** días del mes de **mayo** de 2025.

Atentamente,



Olga Lucia Grajales Grajales
C.C Nro. 303.393.866 de Manizales
Adjunto evidencia punto 6 y 7

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 30393866, canceló la suma de UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS ($1.731.870,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2024

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parent.	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES	CC - 30393866	TR	$ 1,649,400	$ 82,470	$ 1,731,870
Total			**$ 1,649,400**	**$ 82,470**	**$ 1,731,870**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 2 días del mes de marzo de 2025.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12842890

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Bancolombia

NIT 890.903.938-8 D.V 8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Fecha de Expedición			Año Gravable
Día	Mes	Año	
17	02	2025	**2024**

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	**Municipio**	**Departamento**
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES

Nombre	Cédula o Nit
OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES	30393866

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	90000235640	02	05	2023	02	05	2033	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

Monto Original del Préstamo	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$ 101,350,000.00	31	12	2023	$ 99,421,604.00	31	12	2024	$ 93,704,021.00

Información sobre Pagos

Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	$ 5,657,473.00
Intereses Corrientes	$ 12,627,177.00
Interés de Mora	$ 11,214.00
Corrección U.V.R.	$ 0.00
Otros Conceptos	$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	**$ 12,638,391.00**

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	$ 0.00	$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros	**BOGOTA**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	ARL OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CAMBIO DE SUPERVISIÓN DIANA TORRES.pdf	CAMBIO DE SUPERVISIÓN DIANA TORRES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SUPERVISION OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	SUPERVISION OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO 2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	ACTA DE INICIO 2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 146925 DT-CUR1199 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.9432025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D..pdf	Compromiso 146925 DT-CUR1199 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.9432025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	T. EXAMEN MEDICO OLGALUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf (Archivado)	T. EXAMEN MEDICO OLGALUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL 17-28 FEBRERO-2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	INFORME MENSUAL 17-28 FEBRERO-2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO 17 AL 28 DE FEBRERO 2025. OLGA GRAJALES.pdf	CUENTA DE COBRO 17 AL 28 DE FEBRERO 2025. OLGA GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EXAMEN MEDICO OLGALUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	EXAMEN MEDICO OLGALUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PAGO PLANILLA MES DE FEBRERO-2025 OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	PAGO PLANILLA MES DE FEBRERO-2025 OLGA LUCIA GRAJALES GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL 01-31 MARZO-2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	INFORME MENSUAL 01-31 MARZO-2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 31 DE MARZO 2025. OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 31 DE MARZO 2025. OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MENSUAL 01-30 ABRIL -2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	INFORME MENSUAL 01-30 ABRIL -2025 OLGA LUCIA GRAJALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >