| 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 | MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 53.093.508 | DE | BOGOTA |
| CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 000-0006920 | CELULAR | 3052536394 |
| E-MAIL PERSONAL | mnata85@gmail.com | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | monica.ramirez@supernotariado.gov.co | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | No DE CUENTA | 472970015880 |

C.A. X  C.C.

CONTRATO ACTUAL No 953 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 SAAVEDRA |
| CARGO DEL SUPERVISOR | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 19 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 31025 | CRP No. | 148525 |
| 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

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 8.218.950,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

PERIODO DE PAGO

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

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) | 411000 | SANITAS | 12.5% |
| 2. | FONDO DE PENSIÓN | 526100 | COLPENSIONES | 16% |
| 3. | ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 17200 | POSITIVA | 0.522% |

TOTAL A PAGAR $ 954.300 PLANILLA DE PAGO No. 85941854

## 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 financiero y de liquidación de expensas verificando la adecuada prestación de la función pública delegada en los curadores urbanos, y que la misma se cumpla en las condiciones financieras y de liquidación de expensas 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.<br>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.<br>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 las directrices establecidas por la dependencia.<br>4. Presentar y socializar los hallazgos del componente financiero y de liquidación de expensas 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.<br>5. Recopilar, organizar y entregar la información producida y recibida durante el desarrollo de la visita, que se asocie a la revisión del componente financiero y de liquidación de expensas, así mismo, adelantar las gestiones que sean necesarias posteriores al cierre de las visitas, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la dependencia.<br>6. Efectuar los aportes que permitan la formulación de los planes de mejoramiento y los traslados al equipo disciplinario, otras dependencias u entidades, con base en los hallazgos del componente verificado que evidencie durante el desarrollo de la visita, así mismo, identificar y poner en conocimiento las causas generadoras de hallazgos evidenciados en desarrollo de las visitas.<br>7. 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.<br>8. Recomendar las acciones de mejora a los procesos y procedimientos para la práctica de las visitas a los curadores urbanos.<br>9. 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.<br>10. Preparar y presentar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas.<br>11. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño. | 1. Se participó en visita ordenada con AUTO No.14 DEL 20 DE MARZO DEL 2025 "POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA UNA VISITA GENERAL" al Arq. LEOPOLDO VILLADIEGO CONEO Curador Urbano 1° de Cartagena, modificada mediante AUTO No. 18 DEL 27 DE MARZO DEL 2025, del 01 al 25 de abril del 2025, como responsable del componente de liquidación de expensas.<br>2. Se preparó la siguiente información requerida para la revisión de los componentes asignados: Cartagena 1. Revisión del DECRETO-0810-DE-09-DE-JUNIO-DE-2023-ESTATUTO-TRIBUTARIO-I; Revisión del OFICIO AMC-OFI-0127022-2024 de la Alcaldía Mayor de Cartagena.<br>3. Se participó en las reuniones de apertura y cierre de las visitas generales llevadas a cabo en el mes de abril, así: Instalación visita Cartagena 1 el 01-04-205 y Cierre visita Cartagena 1 el 25-04-2025<br>4. Se realizaron las siguientes reuniones de revisión de expedientes con el equipo del curador y socialización de hallazgos de las visitas generales llevadas a cabo en abril. •Revisión interna Expediente Cartagena 1 el 03-04-2025 •Revisión liquidación de expensas Cartagena 1 el 08-04-2025 • Revisión concepto Dian – Cartagena 1 el 21-04-2025 (Presencial).<br>5. Se realizaron las siguientes actividades: • Remisión Liquidación Exp.0009-2024 Licencia Construcción Cartagena 1 para ejercicio de validación • Respuesta a Curador Cartagena 1 sobre soportes de la devolución mayor valor cobrado radicado 0347-24 • Remisión formatos de revisión Técnica Liquidación Expensas Cartagena 1 para ejercicio de validación • Entrega de la información producida en la revisión del componente liquidación de expensas de Cartagena 1, los cuales se cargaron en las carpetas compartidas de la visita.<br>6. Se realizaron las siguientes actividades: • Revisión Plan de Mejoramiento COTA 1 conforme a lo requerido • Ajustes al Plan de Mejoramiento CU2 Cota según lo requerido. • Diligenciamiento de la presentación de cierre y formato de calificación de Cartagena 1 según lo requerido por el responsable de la visita.<br>7. No se proyectaron conceptos técnicos ni respuestas a PQRS durante este período.<br>8. Se adelantaron las siguientes actividades: • Respuesta a solicitud de concepto sobre consulta radicada con el Número 2025DP000079714 DIAN por parte del Curador 1 de Cartagena. • Remisión a equipo expensas de la respuesta al RADICADO 2024DP000108126 (100192467- 2665) DIAN, dada en 2024 respecto a temas como el registro de los libros contables y las conclusiones respectivas. • Reunión mensual Grupo de Visitas el día 30-04-2025.<br>9. Se adelantaron las siguientes actividades: • Remisión de ajustes en redacción en los numerales 1 y 2 a la infografía expensas por acto de reconocimiento.<br>10. Con el presente documento se rinde informe mensual correspondiente al mes de abril de 2025 y se radica la respectiva cuenta de cobro.<br>11. Se adelantaron las siguientes actividades: • Se compartió el siguiente material para mejoramiento de las auditorías: Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna y Guías de Auditoría para Entidades Públicas. |

**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 **MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE** identificado (a) con cedula de ciudadania No **53.093.508** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **953** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **148525** CDP No **31025**

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**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 01 | 04 | 2025 | **PAGO No.** | **ABRIL** |
| | **AL** | 30 | 04 | 2025 | **03** | **ABRIL** |

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

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
DIANA PAOLA TORRES SAAVEDRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 19

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE
**Cedula de Ciudadania No**
53.093.508 **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 MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 53.093.508 de Bogotá, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Contrato No. 953 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de ABRIL.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia** | **Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras – Grupo de Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos** | | | | | | | | |
| **Perfil Contratista** | **Profesional Universitario Tipo A** | | | | | | | | |
| **Mes a cobrar** | **Desde** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Hasta** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | **01** | **04** | **2025** | | **30** | **04** | **2025** | |
| **Planilla seguridad social** | Valor Salud | | | | | | | | $411.000 |
| | Valor Pensión | | | | | | | | $526.100 |
| | Valor ARL | | | | | | | | $17.200 |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | | N/A |
| | Número de planilla | | | | | | | | **85941854** |
| | Periodo de la planilla | | | | | | | | **2025-04** |
| | Fecha pago planilla | | | | | | | | **22-04-2025** |

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 (2) días del mes de mayo de 2025.

**DIANA PAOLA TORRES SAAVEDRA**
**Profesional Especializado 19**
**Grupo de Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos**

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 | 53093508 | MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE | CALLE 7 #90-81 C130 | 7577081 | mnata85@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 | 22/04/2025 | 85941854 | $974.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 19.800 | 0 | 0 | 19.800 | 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 | 411.000 | 411.000 |
| Pensión | 1 | 526.100 | 526.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 17.200 | 17.200 |
| CCF | 1 | 19.800 | 19.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 974.100 | 974.100 |

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 |
| CC | 53093508 | MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE | | CALLE 7 #90-81 C130 | 7577081 | mnata85@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 | |
| 2025-04 | 2025-04 | I | 22/04/2025 | 85941854 | $974.100 | |

## 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 | 53093508 | RAMIREZ SASTOQUE MONICA NATHALY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 3.287.580 | 526.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 3.287.580 | 411.000 | 14-23 | 3.287.580 | 1 | 17.200 | CCF24 | 3.287.580 | 19.800 | 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, **Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.** | | X |
| **7. Medicina prepagada:** Realizo pagos de medicina prepagada, **Adjuntar 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 2 días del mes de Mayo de 2025.

Atentamente,



**MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE**

CC 53.093.508

Bogotá D.C., 2 de mayo de 2025

Señores
**SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO**
Ciudad

**Ref.**: Certificado de personas dependientes

Respetados señores,

Bajo la gravedad del juramento, en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| **NOMBRE** | **PARENTESCO** | **IDENTIFICACIÓN** | **EDAD** |
|---|---|---|---|
| LINA SOFIA MARTINEZ RAMIREZ | HIJA | 1011085620 | 20 AÑOS |
| | | | |
| | | | |

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Cordialmente,



**MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE**
C.C. 53.093.508 de Bogotá

*Adjunto: Copias del Registro Civil de Nacimiento (1 folios)*

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

**NUIP** 1011085620

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 39196444

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 38 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1F

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MARTINEZ | RAMIREZ |

Nombre(s): LINA SOFIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2004 Mes DIC Día 20 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | A 5761316 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ SASTOQUE MONICA NATHALY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 53093508 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ ROJAS JORGE EDISON

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 80068436 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ ROJAS JORGE EDISON

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 80068436 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X.X.X.X.X | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X.X.X.X.X | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2005 Mes JUN Día 27 | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

~~ESTE FOLIO REEMPLAZA AL SERIAL 37747413 POR UN ERROR MECANOGRAFICO EN EL NUMERO DEL NUIP, LA CORRECCION SE HACE A SOLICITUD DEL INTERESADO~~
~~ELABORO: ALEX SIERRA~~

REPUBLICA DE COLOMBIA
Eduardo Pombo Cano
NOTARIO
NOTARIA 38 DE BOGOTA D.C.

ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE
ART. 2 - DECRETO 2.180 DE 1989

Juan Augusto Lima Medina
NOTARIO 38 (E.) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO (E.) DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL
27 SEP 2007
Copia que fue tomada de la fotocopia colocada con el original en esta notaría
Juan Augusto Lima Medina

REPUBLICA DE COLOMBIA
Eduardo Pombo Cano
NOTARIO
NOTARIA 38 DE BOGOTA D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.085.620



Apellidos
MARTINEZ RAMIREZ

Nombres
LINA SOFIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
F

Fecha de nacimiento
20 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 FEB 2023, BOGOTA D.C.

Firma

Lina M

Fecha de expiración
02 FEB 2033

Powered by CamScanner

.CO

0145092760

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0145092762150O1<<<<<<<<<<<<
0412203F3302026COL1011085620<9
MARTINEZ<RAMIREZ<<LINA<SOFIA<<

Powered by CamScanner

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 MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE.pdf | ARL MONICA NATHALY RAMIREZ SASTOQUE.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | acta de inicio..pdf | acta de inicio..pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | SUPERVISION MONICA RAMIREZ.pdf | SUPERVISION MONICA RAMIREZ.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CAMBIO DE SUPERVISIÓN DIANA TORRES (2).pdf | CAMBIO DE SUPERVISIÓN DIANA TORRES (2).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Compromiso 148525 DT-CUR1221 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.9532025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D. (1).pdf | Compromiso 148525 DT-CUR1221 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.9532025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO D. (1).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | s. Certificado médico ocupacional.pdf | s. Certificado médico ocupacional.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Evidencias 17 al 28 de febrero de 2025.pdf | Evidencias 17 al 28 de febrero de 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO 17 AL 28 DE FEBRERO 2025. MONICA RAMIREZ.pdf | CUENTA DE COBRO 17 AL 28 DE FEBRERO 2025. MONICA RAMIREZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 0. Evidencias 1 al 31 de marzo de 2025.pdf | 0. Evidencias 1 al 31 de marzo de 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 0. Evidencias 1 al 30 de abril de 2025.pdf | 0. Evidencias 1 al 30 de abril de 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de Cobro 1 al 31 marzo 2025.pdf | Cuenta de Cobro 1 al 31 marzo 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >