| 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: Día 05 | Mes 06 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | MARICELA SUAREZ TORRES | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 37.626.165 | DE | PUENTE NACIONAL | | |
| CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 000-0007490 | CELULAR | 3144060426 | | |
| E-MAIL PERSONAL | MARICELASUAREZTORRES@YAHOO.ES | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 20225903737 | C.A. X | C.C. |

| CONTRATO ACTUAL No | DE Año | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | HONORARIOS MENSUALES |
|---|---|---|---|
| 1142 | 2025 | $ 20.603.520,00 | $ 2.575.440,00 |

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA debera presentar por sus propios medios y con plena autonomia tecnica y administrativa , dentro del plazo acordado,los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestacion recibira por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero a titulo de honorarios.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: WILSON ALIRIO TELLEZ GARCIA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR SECCIONAL

| CDP No. | CRP No. | FECHA APROBACIÓN POLIZA (Día Mes Año) |
|---|---|---|
| 44325 | 165825 | 04 03 2025 |
| FECHA CDP: 31/01/2025 | FECHA CRP: 18/02/2025 | |

LUGAR DE EJECUCION

| CIUDAD | DEPARTAMENTO | FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO (Día Mes Año) |
|---|---|---|
| PUENTE NACIONAL | SANTANDER | 03 11 2025 |

| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO (Día Mes Año) | TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (MESES) | (DIAS) |
|---|---|---|
| 04 03 2025 | 8 | 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: $ 2.575.440,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO: No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.575.440,00

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 05 | 2025 | | | | |
| AL | 30 | 05 | 2025 | 03 | 30 | 100% | MAYO |



**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) | 178000 | EPS FAMISANAR | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 227800 | ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS COLFONDOS | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 7500 | ARL POSITIVA | 0.522% |

TOTAL A PAGAR $ 413.300 PLANILLA DE PAGO No. 8635917217

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 20.603.520,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 2.317.896,00 | $ 2.317.896,00 | $ 18.285.624,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 4.893.336,00 | $ 15.710.184,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 7.468.777,00 | $ 13.134.743,00 |
| 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 | 05 | 2025 | | MAYO |
| | AL | 30 | 05 | 2025 | 03 | MAYO |



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

## FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| 1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.<br>2. Contactar al Grupo de Gestión Documental, una vez suscrito el contrato, a través del correo electrónico soporte.documental@supernotariado.gov.co, con el propósito de elaborar el plan de trabajo, que definirá las metas específicas y el cronograma a cumplir durante la ejecución del contrato, en concordancia con los lineamientos y prioridades de la entidad.<br>3. Organizar la documentación asignada de acuerdo con los procesos de gestión archivística establecidos por la entidad, incluyendo los procesos de clasificación, depuración y foliación de los documentos.<br>4. Elaborar la Hoja de Control y diligenciar el Formato Único de Inventario Documental (FUID) correspondiente a cada carpeta y caja, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos por la entidad.<br>5. Realizar adecuadamente el proceso de rotulación de las cajas y carpetas, garantizando que la identificación sea clara y cumpla con las normas establecidas por la entidad para facilitar la localización y conservación de los documentos.<br>6. Cumplir con la entrega diaria de una (1) caja de archivo (Referencia X-300) completamente organizada, adelantándole todos los procesos técnicos de gestión documental. Esta actividad, podrá ser ajustada según las necesidades y prioridades del servicio e incrementarla conforme a las directrices de la entidad.<br>7. Garantizar la calidad y completitud en cada proceso técnico de Gestión Documental, cumpliendo con los estándares exigidos por la entidad y asegurando el cumplimiento de los plazos establecidos.<br>8.Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato.<br>9. Atender todos los requerimientos o solicitudes formulados por el Grupo de Gestión Documental, garantizando su cumplimiento en los tiempos y condiciones establecidos por la entidad.<br>10.Reportar oportunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados.<br>11.Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, bajo los principios de la ética profesional.<br>12.Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada.<br>13.Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del mismo. | REVISE, ORGANICE, FOLIE, ROTULE, CAJAS Y CARPETAS Y DILIGENCIE EL FORMATO FUID PARA LA DOCUMENTACION DE LOS AÑOS 2015, 2016 SEGÚN TRD 2009- 2015. |

**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 **MARICELA SUAREZ TORRES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **37.626.165** de **PUENTE NACIONAL** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1142** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **165825** CDP No **44325**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.575.440,00**

**Valor en letras:** DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

| PERIODO DE PAGO | | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 01 | 05 | 2025 | | MAYO |
| | AL | 30 | 05 | 2025 | 03 | MAYO |

Para constancia se firma en **PUENTE NACIONAL** a los **04** días del mes de **JUNIO** de **2025**

**SUPERVISOR**

**Firma Supervisor**
WILSON ALIRIO TELLEZ GARCIA
REGISTRADOR SECCIONAL

**CONTRATISTA**

**Firma Contratista**
MARICELA SUAREZ TORRES
**Cedula de Ciudadania No**
37.626.165 **de** PUENTE NACIONAL



**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) señor(a) MARICELA SUAREZ TORRES, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 37.626.165 de Puente Nacional, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 1142 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de mayo del 2025.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia** | **DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA** | | | | | | | | |
| **Perfil Contratista** | **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** | | | | | | | | |
| **Mes a cobrar** | **Desde** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Hasta** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | **01** | **05** | **2025** | | **30** | **05** | **2025** | |
| **Planilla seguridad social** | Valor Salud | | | | | | | $ 178.000 | |
| | Valor Pensión | | | | | | | $227.800 | |
| | Valor ARL | | | | | | | $7.500 | |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | -- | |
| | Número de planilla | | | | | | | **8635917217** | |
| | Periodo de la planilla | | | | | | | **2025 - 05** | |
| | Fecha pago planilla | | | | | | | **2025 – 06-03** | |

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 cinco (05) días del mes de junio de 2025.

**Doctor WILSON ALIRIO TELELZ GARCIA**
**(Registrador.)**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | MARICELA SUAREZ TORRES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-37626165 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-06-04 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-06-17 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-06-03 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-05 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-05 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8635917217 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8620613939 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 178.000 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 227.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.500 | $ 7.500 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413.300 | $ 413.300 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/07/2025 |

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

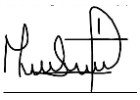
De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por 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 el $**6.000.000 mensuales**.

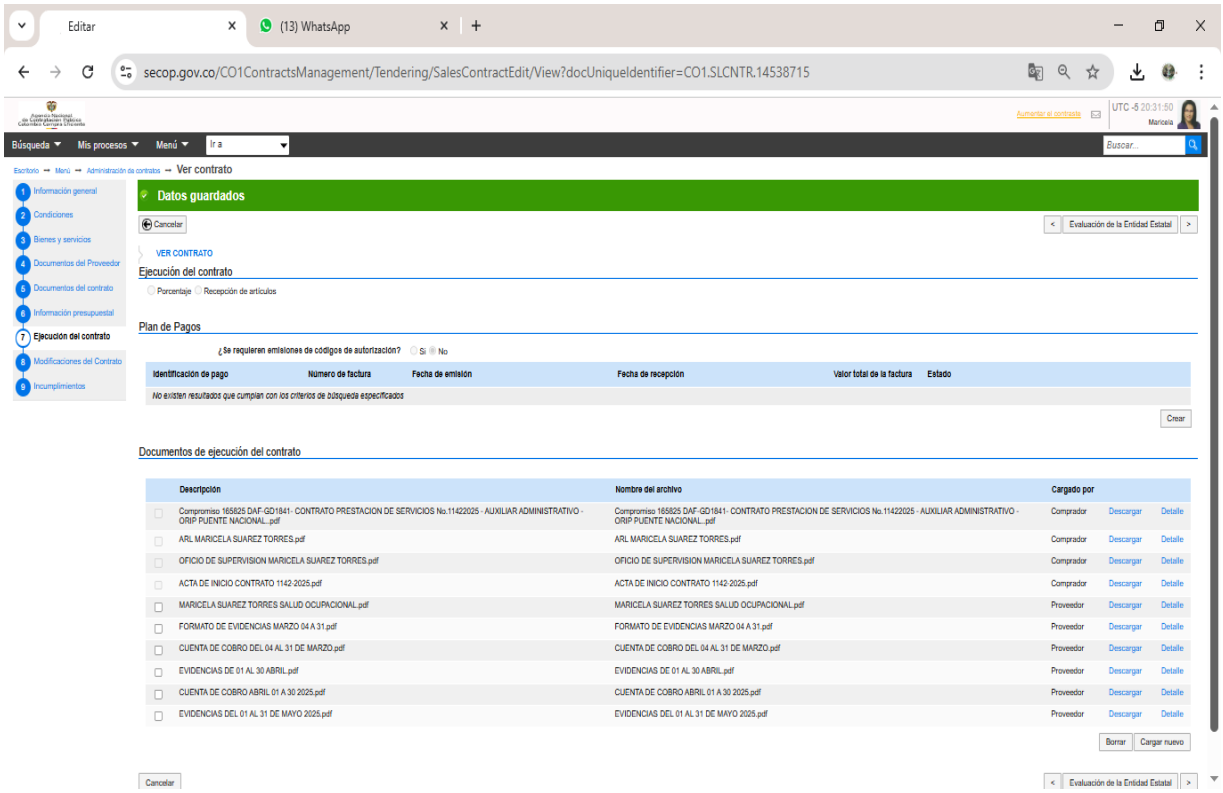
En constancia de lo anterior, se firma a los cinco ( 05) días del mes de junio de 2025

Atentamente,



Maricela Saurez Torres

CC 37.626.165


Editar
(13) WhatsApp
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14538715
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
Compromiso 165825 DAF-GD1841- CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.11422025 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO - ORIP PUENTE NACIONAL..pdf
ARL MARICELA SUAREZ TORRES.pdf
OFICIO DE SUPERVISION MARICELA SUAREZ TORRES.pdf
ACTA DE INICIO CONTRATO 1142-2025.pdf
MARICELA SUAREZ TORRES SALUD OCUPACIONAL.pdf
FORMATO DE EVIDENCIAS MARZO 04 A 31.pdf
CUENTA DE COBRO DEL 04 AL 31 DE MARZO.pdf
EVIDENCIAS DE 01 AL 30 ABRIL.pdf
CUENTA DE COBRO ABRIL 01 A 30 2025.pdf
EVIDENCIAS DEL 01 AL 31 DE MAYO 2025.pdf
Comprador
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal