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 26 | Mes 09 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ		
CEDULA DE CIUDADANIA No.	43.221.147	DE	MEDELLIN
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0008299	CELULAR	3142124438
E-MAIL PERSONAL	MAYUPEHER@HOTMAIL.COM		
E-MAIL INSTITUCIONAL	MARIAY.PEREZ@SUPERNOTARIADO.GOV.CO		
BANCO	CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24094109953

C.A. X C.C.

CONTRATO ACTUAL No 817 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 20.603.520,00

HONORARIOS MENSUALES $ 2.575.440,00

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA DEBERA PRESTAR 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: JAIME AMIN SALAZAR TREJOS

CARGO DEL SUPERVISOR: COORDINADOR DEL GRUPO DE GESTION TECNOLOGICA Y

CDP No. 34825 CRP No. 125225

FECHA CDP 21/01/2025 FECHA CRP 5/02/2025

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 05 | Mes 02 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: PEREIRA

DEPARTAMENTO: RISARALDA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 04 | Mes 10 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 05 | Mes 02 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 8 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 $ 2.575.440,00

VALOR TOTAL # DE DIAS $ 2.575.440,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	09	2025	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	30	09	2025	08	30	100%	SEPTIEMBRE

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 SURA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	227800	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	7500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 413.300	PLANILLA DE PAGO No.	7984589144

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	$ 2.232.048,00	$ 2.232.048,00	$ 18.371.472,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 4.807.488,00	$ 15.796.032,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 7.382.928,00	$ 13.220.592,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 9.958.368,00	$ 10.645.152,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 12.533.808,00	$ 8.069.712,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 15.109.248,00	$ 5.494.272,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 17.684.688,00	$ 2.918.832,00
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	$ 2.575.440,00	$ 20.260.128,00	$ 343.392,00
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	09	2025		SEPTIEMBRE
AL	30	09	2025	08	SEPTIEMBRE

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.Presentarelinformedeejecucióncontractualycuentadecobrodemaneramensual,teniendoencuenta loslineamientosestablecidosporlaDirecciónAdministrativa y Financiera.2.Recepcionarlosdocumentosradicadosenla ORIPqueingresanporventanilla,dandocum plimientoalasnormasestablecidasenregistrodelossistemasFOLIOy/o SIR con una periodicidad de cada hora, diligenciando y firmando el formulario de control de turnos de línea de producción.3.Organizarladocumentaciónde acuerdoalosprincipiosdeprioridadyrangoestablecidoen elLey1579del2012;comoes,retirarelmaterialabrasivodelosdocumentosporturno,ordenarelturno,dis ponerlosdocumentosdelturnoencarpetaindependienteparaeliniciodelaetapadedigitalizaciónde acue rdoconelinstructivo (Alistamiento los documentos)4.Tomarcadaunadelascarpetasporturnoderadicacióndemenoramayoreidentificarlostu rnosdenuevaentradapararefer enciarelturnoanteriorenelSGD-IRIS.Segundafase:buscarelturnoenelsistema(SGD-IRIS)digitalizarelformulariodecalificaciónoformulariodecorrecciónonotadevolutivaomayorvalor(seg únseaelcaso);porúltimo,sedebebuscarporelsistemaSGD-IRISelturnoasignadoenradicaciónyadjuntar,realizarverificacióncompleta(Digitalizaciónlosdocument os, primera fase)5.Verificarelturnodeldocumentofísico,contraelturnoeimágenesqueaparecenenlapantallaSGD-IRIS,eliminarhojasenblanco,validarpaginaciónparagarantizar la calidad del documento.6. Asociar un tipo documental a cada imagen; grabar el documento al 100% (Realizar la indexación)7.Validarqueelrecibodecajafísicocoincidaconelturnodeldocumentodigitalizadoylosdatos básicos,verificarconsecutivo,paginadoylatipificacióndelacantidad de hojas digitalizadas o alistamiento (Tipificación del documento) 8.Organizareldocumentocomofuerecibidoenventanilla,deacuerdoalturnorespectivoenelarchivotem poral,enordendeturno,clasificandolosdocumentosen turnos devueltos y los de mayor valor. Mientras dura el trámite interno, diligenciar al formato de préstamos y consultas (Armado de documentos)9.Ubicareldocumentogeneradoporla ORIPunavezrealizadalasegundadigitalización,co morespuestaalasolicitud:formulariodecalificación,notadevolutiva,formulariodecorrecciónyomayorv alor,estedocumentoseanexaalturnoclasificandolosturnosdedocumentosidentificadoscomo:devuelt osymayorvalorubicándolosenelá readispuestaquepermitasuidentificación.Paralosdocumentoscalifi cadosocorregidos;seprocedeaubicaryretirardelarchivotemporalladocumentaciónyseparar lacopiac ondestinoaregistroyladelusuario,seanexaelformulariodecalificaciónoformulariodecorrecciónacadap aquete,seentregaaventanillaelidentificadoparaelusuario;elpaquetecondestinoaregistroeubicaenel archivoenelá reafísicadefinida,paraarmadoeinventario.(Disposición y armado del trámite registral)10.Diligenciarlosinformes:AnexonúmeroNo.2,novedadespresentadasenlossistemasIRISy estadodelainfraestructuratecnológicaentregadaporlaSNRparadesempeñarsusfunciones,formatoú nicodeinventariodocumentalFUID,formatoExceldandocumplimientoalaLeydeGeneraldeArchivo.(E ntregadelarchivoen Excel y PDF).11. Responder por la administración y manejo de los bienes entregado para la ejecución del contrato.12. Mantener plena reserva y confidencialidad de la información que reciba para el cumplimiento del contrato.13.Recibir,identificar,radicar,clasificar,distribuir,controlaryentregarlosdocumentosingresad ospararegistroocorrecciónencajaoenlaventanillacorrespondiente.14.Realizarlasistematizaciónodig italizacióndelosdocumentosqueserequieranacordeconloslineamientosinstitucionalesdelasactividad esdesarrolladasencaja o en la ventanilla correspondiente.	

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 **MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **43.221.147** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **817** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **125225** CDP No **34825**

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 CON 00 CTVOS

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	09	2025		SEPTIEMBRE
	AL	30	09	2025	08	SEPTIEMBRE

Para constancia se firma en **PEREIRA** a los **26** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2025**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JAIME AMIN SALAZAR TREJOS
COORDINADOR DEL GRUPO DE GESTION TECNOLOGICA Y ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ
Cedula de Ciudadania No
43.221.147 **de** MEDELLIN

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 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 veintiseis (26) días del mes de Septiembre de 2025.

Atentamente,

MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ

CC 43221147 de Medellin

CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el(la) señor(a) MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 43221147 de Medellín, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 817 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de Septiembre.

Dependencia	**DIRECCION TECNICA DE REGISTRO – DTR LP**								
Perfil Contratista	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		01	**09**	**2025**		**30**	**09**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud								$178.000
	Valor Pensión								$227.800
	Valor ARL								$7.500
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla								**7984589144**
	Periodo de la planilla								**01/09/2025 – 30/09/2025**
	Fecha pago planilla								**26/09/2025**

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 veintiséis (26) días del mes de Septiembre de 2025.

JAIME AMIN SALAZAR TREJOS
Coordinador del Grupo de Gestión Tecnológica y Administrativa

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43221147
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	MANZANA BA CASA 4 BARRIO VILLA DEL CARME	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7984589144	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/09/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1803782488

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										$ 227.800	$ 0	$ 227.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000

planilla pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500	
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 43221147	PEREZ HERNANDEZ MARIA YUVISAY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.423.500	43221147	$ 7.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.300

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141154086104

(415)7707212489984(8020) 000014115408610 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 2 2 1 1 4 7	9	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	4 3 2 2 1 1 4 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	HERNANDEZ	MARIA	YUVISAY

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 31 B SUR 26 D 16

42. Correo electrónico: mayupeher@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 9 0 8 1 5						3 4 1 9	

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
4	9																								

53. Código 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 PEREZ HERNANDEZ MARIA YUVISAY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA YUVISAY PEREZ HERNANDEZ** identificado con **CC** No. **43221147**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO - NI. 899999007	**Fecha de inicio de cobertura:** 05/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 04/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 10/10/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012192900.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR15 v_010
MIS_4_1_1_FR15 v_010