

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN

| | | |
|-----|-----|------|
| Día | Mes | Año |
| 03 | 09 | 2025 |

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

CARLINA GOMEZ DURAN

CEDULA DE CIUDADANIA No.

41.727.784

DE

BOGOTA

CÓDIGO ACTIVIDAD RUT

000-0006910

CELULAR

3112147139

E-MAIL PERSONAL

cargoduran@yahoo.com.co

E-MAIL INSTITUCIONAL

carlina.gomez@supernotariado.gov.co

BANCO

DAVIVIENDA

No DE CUENTA

10590859

C.A.

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

252

DE

Año

2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 65.751.600,00

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 enunciada a lo largo del presente contrato."

Dependencia: DIRECCIÓN TÉCNICA DE REGISTRO

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

OLMAN JOSE OLIVELLA MEJIA

CARGO DEL SUPERVISOR

DIRECTOR TÉCNICO DE REGISTRO

CDP No.

22925

CRP No.

41725

FECHA CDP

3/01/2025

FECHA CRP

9/01/2025

FECHA APROBACIÓN
POLIZA

| | | |
|-----|-----|------|
| Día | Mes | Año |
| 14 | 01 | 2025 |

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTA

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN
CONTRATO

| | | |
|-----|-----|------|
| Día | Mes | Año |
| 13 | 09 | 2025 |

FECHA DE INICIO DEL
CONTRATO

| | | |
|-----|-----|------|
| Día | Mes | Año |
| 14 | 01 | 2025 |

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| | |
|-------|------|
| MESES | DIAS |
| 8 | 0 |

FECHA DE INICIO DE LA
ADICION Y/O PRORROGA

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

ADICION Y/O PRORROGA 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

PERIODO DE PAGO

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| DEL | Día | Mes | Año |
| | 01 | 08 | 2025 |
| AL | Día | Mes | Año |
| | 30 | 08 | 2025 |

PAGO No. No DÍAS

08

30

100%

MES A COBRAR

AGOSTO

AGOSTO

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO
No de factura



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) | 411.000 | COMPENSAR EPS | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | | | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 17.200 | POSITIVA | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | \$ 428.200 | PLANILLA DE PAGO No. | 89516984 |

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------|
| | \$ 65.751.600,00 | | |
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO \$ 4.657.405,00 | \$ 4.657.405,00 | \$ 61.094.195,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 12.876.355,00 | \$ 52.875.245,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 21.095.305,00 | \$ 44.656.295,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 29.314.255,00 | \$ 36.437.345,00 |
| PAGO 05 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 37.533.205,00 | \$ 28.218.395,00 |
| PAGO 06 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 45.752.155,00 | \$ 19.999.445,00 |
| PAGO 07 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 53.971.105,00 | \$ 11.780.495,00 |
| PAGO 08 | VALOR DEL PAGO \$ 8.218.950,00 | \$ 62.190.055,00 | \$ 3.561.545,00 |
| 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 | DEL | Día | Mes | Año | PAGO No. | AGOSTO |
| | AL | 01 | 08 | 2025 | | 08 |
| | | 30 | 08 | 2025 | | |

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS



**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**

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|--|
| <p>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.</p> <p>2. Apoyar a la Dirección Técnica de Registro y la Subdirección de Apoyo Jurídico Registral en los temas jurídicos, en el marco de las competencias establecidas en el Decreto 2723 del 29 de diciembre de 2014, con la sustanciación y seguimiento de las decisiones, pronunciamientos oficiales y demás oficios que sean requeridos y asignados por el supervisor.</p> <p>3. Brindar apoyo y acompañamiento jurídico a la Dirección Técnica de Registro y Subdirección de Apoyo Jurídico Registral en las distintas actuaciones administrativas y que le sean asignadas por el Supervisor.</p> <p>4. Brindar conceptos desde la disciplina de su competencia y de conformidad a sus obligaciones, cuando así se le requiera por parte del supervisor.</p> <p>5. Asistir a todas las reuniones que le sean designadas por el Supervisor.</p> <p>6. Dar respuesta a las peticiones y/o solicitudes que sean de su competencia, en virtud del objeto contratado.</p> <p>7. Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondos de Pensiones (A.F.P.) y a una Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) y, encontrarse al día en el pago de los respectivos aportes.</p> <p>8. Las demás funciones que le asigne el supervisor del contrato.</p> | <p>1. Estudio solicitud ORIP Guamo EE-190460-1. 2. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Guamo. 3. Estudio ER-174423-2. 4. Mesas de trabajo para revisar solicitud ER-174423-2. 5. Elaboración respuesta Notaria 26 EE200178-1. 6. Estudio y elaboración respuesta ER-180009-2. CORPOAMAZONIA. 7. Elaboración resolución aclaratoria RES-014906-6 (Chinú). 8. Elaboración resolución modificatoria 011044-6 (Chinú). 9. Estudio IE-022416-10 solicitud Orip Quibdó. 11. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Quibdó. 12. Estudio solicitud Orip Aguachica. 13. Elaboración Resolución revocando resolución Aguachica, RES 0110446-08. 14. Elaboración Resolución modificando Resolución Impedimento Garagoa. 15. Elaboración Resolución modificando Resolución Impedimentos Chinú. 16. Asistencia a mesas de trabajo sobre migración a SIR de folios de predios ubicados en municipios anexas a Bogotá. 17. Mesa de trabajo para revisar respuesta a notaria 26 de Bogotá, 18.. Mesa de trabajo para revisar caso reportado por ORIP Yopal. 19- Estudio IE-022531-3. ORIP Purificación. 20. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Purificación. 21. Estudio ER-173612-2 ORIP Guamo. 22. Elaboración respuesta ORIP Guamo, negando solicitud de declaración de impedimento y de designación de Registrador Ad-Hoc. 23. Estudio solicitud 2025ER-164293-2 ORIP Quibdó. 24- Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Quibdó. RES-2025-014509-6. 25 Estudio oficio IE-022037-3. ORIP El Socorro. 26. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc El Socorro. RES-2025-014508-6. 27. Estudio SNR2025IE-020415-3 ORIP Barranquilla. 28. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Barranquilla RES-2025-014283-6. 29. Estudio SNR2025IE-019168-3 ORIP Puente Nacional. 30. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Barranquilla RES-2025-014049-6. 31. Estudio SNR2025ER-145229-2 y elaboración respuesta SNR2025-EE174161-1. 32. Estudio SNR2025IE-007143-3. 33. Elaboración Resolución aceptando impedimento y designando Registrador Ad-hoc Puerto Carreño RES-2025-013745-6. Estudio ER-18551-3, 15301-1, EE163543-1, EE158801-1 34. EE172357-1. 34. Elaboración Resolución aceptando impedimentos y designando Registrador Ad-hoc Chinú RES-2025-014056-6.</p> |

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**

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 **CARLINA GOMEZ DURAN** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **41.727.784** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **252** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **41725** CDP No **22925**

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 | 08 | 2025 | PAGO No. | AGOSTO |
| | AL | 30 | 08 | 2025 | | 08 |

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **03** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2025**

SUPERVISOR


Firma Supervisor
OLMAN JOSE OLIVELLA MEJIA
DIRECTOR TÉCNICO DE REGISTRO

CONTRATISTA

Firma Contratista
CARLINA GOMEZ DURAN
Cedula de Ciudadania No
41.727.784 de BOGOTA

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Pagina 4

| | | |
|--|---|--|
|  Superintendencia de Notariado y Registro | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 03 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Versión: 01 |
| | FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL | Fecha: 17 - 01 - 2025 |

CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el(la) señor(a) CARLINA GOMEZ DURAN, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 41.727.784 de Bogotá, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 0252 de 2025, realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de AGOSTO DE 2025.

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------|------------|-------------|--------------|------------|---------------|-------------|--|
| Dependencia | DIRECCIÓN TÉCNICA DE REGISTRO - DTR | | | | | | | | |
| Perfil Contratista | PROFESIONAL ESPECIALIZADO D | | | | | | | | |
| Mes a cobrar | Desde | Día | Mes | Año | Hasta | Día | Mes | Año | |
| | | 01 | 08 | 2025 | | 30 | 08 | 2025 | |
| Planilla seguridad social | Valor Salud | | | | | | \$ 411.000.00 | | |
| | Valor Pensión | | | | | | \$ N/A | | |
| | Valor ARL | | | | | | \$ 17.200.00 | | |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | | |
| | Número de planilla | | | | | | 89516984 | | |
| | Periodo de la planilla | | | | | | AGOSTO 2025 | | |
| | Fecha pago planilla | | | | | | 02/09/2025 | | |

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 tres (3) días del mes de septiembre de 2025.


OLMAN JOSÉ OLIVELLA MEJÍA
 DIRECTOR TECNICO REGISTRO

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|--------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 41727784 | CARLINA GOMEZ DURAN | | Calle 23 68 59 int 15 apto 302 | 9273514 | cargoduran@yahoo.com.co |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| 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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 02/09/2025 | 89516984 | \$428.200 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 411.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 411.000 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|-----|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 17.200 | | | | 17.200 | 0 | 0 | 17.200 | | | 172 | 17.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | | |
| | | | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 411.000 | 411.000 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 17.200 | 17.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 428.200 | 428.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|--------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 41727784 | CARLINA GOMEZ DURAN | | Calle 23 68 59 int 15 apto 302 | 9273514 | cargoduran@yahoo.com.co |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2025-08 | 2025-08 | \$428.200 | | | | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|-----------|---------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|-----|------|-------|-----|-----|-------------------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Estratificación | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CDR | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 41727784 | GOMEZ DURAN CARLINA | 59 | 2 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.287.580 | 411.000 | 14-23 | 3.287.580 | 1 | 17.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

RADICADO 2023_41727784

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN


Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **CARLINA GOMEZ DURAN** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **41727784** y número de Afiliación **941727784100**, esta Administradora mediante resolución No. **9384** de **2016** le concedió pensión de **P DE VEJEZ-758 REG TRAN-MUJER Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Marzo de 2016**.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 13 de diciembre de 2024.



DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

| | | |
|--|---|--|
|  Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 02 |
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 03 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 21 - 01 - 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, 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: 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 3 días del mes de SEPTIEMBRE de 2025.

Atentamente,



NOMBRE: CARLINA GOMEZ DURAN

CC 41.727.784

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CARLINA GOMEZ DURAN identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 41727784, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Vigencia |
|---------------------|----------------|------------|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| CARLINA GOMEZ DURAN | CC - 41727784 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL CON POS | Desde 20250701 Hasta 20260630 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 8 días del mes de agosto de 2025.

Observaciones:

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: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13517762

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CARLINA GOMEZ DURAN identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 41727784, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Vigencia |
|---------------------|----------------|------------|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| CARLINA GOMEZ DURAN | CC - 41727784 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL CON POS | Desde 20240701 Hasta 20250630 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 4 días del mes de febrero de 2025.

Observaciones:

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: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13370511

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CARLINA GOMEZ DURAN identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 41727784, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Vigencia |
|---------------------|----------------|------------|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| CARLINA GOMEZ DURAN | CC - 41727784 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL CON POS | Desde 20250701 Hasta 20260630 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 4 días del mes de julio de 2025.

Observaciones:

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: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13486428

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO 1 A 30 DE ABRIL DE 2025 CONTRATO 252 DE 2025 CARLINA GOMEZ DURAN (fda).pdf | CUENTA DE COBRO 1 A 30 DE ABRIL DE 2025 CONTRATO 252 DE 2025 CARLINA GOMEZ DURAN (fda).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL 1 a 30 de mayo de 2025..pdf | INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL 1 a 30 de mayo de 2025..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | EVIDENCIAS 1-30 DE MAYO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | EVIDENCIAS 1-30 DE MAYO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO NDEL 01 AL 30 DE MAYO CTO_0252_2025 CARLINA GOMEZ DURAN (fda).pdf | CUENTA DE COBRO NDEL 01 AL 30 DE MAYO CTO_0252_2025 CARLINA GOMEZ DURAN (fda).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL JUNIO 1-30.pdf | INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL JUNIO 1-30.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | EVIDENCIAS 1-30 DE JUNIO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | EVIDENCIAS 1-30 DE JUNIO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 30 DE JUNIO CTO_0252_2025 CARLINA GOMEZ DURAN (fda).pdf | CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 30 DE JUNIO CTO_0252_2025 CARLINA GOMEZ DURAN (fda).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL 1 a 30 de julio de 2025.pdf | INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL 1 a 30 de julio de 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | EVIDENCIAS 1-30 DE JULIO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | EVIDENCIAS 1-30 DE JULIO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 30 DE JULIO CTO_0252_2025 CARLINA GOMEZ DURAN(fda).pdf | CUENTA DE COBRO DEL 01 AL 30 DE JULIO CTO_0252_2025 CARLINA GOMEZ DURAN(fda).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME AGOSTO.pdf (Archivado) | INFORME AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL 1-30 DE AGOSTO.pdf | INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL 1-30 DE AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | EVIDENCIAS 1-30 DE AGOSTO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | EVIDENCIAS 1-30 DE AGOSTO CARLINA GOMEZ DURAN.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

< [Evaluación de la Entidad Estatal](#) >



Inicio / Consulta Pago de Aportes

Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento* Número de documento*

Número de planilla* Valor Planilla*

Periodo de pago salud*
 Mes* Año* Fecha de pago de la planilla*

[Regresar](#) [Consultar](#)

| Aporte | Entidad | Periodo |
|---------|------------------------------|---------------|
| Riesgos | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | Agosto - 2025 |
| Salud | Compensar EPS | Agosto - 2025 |



Redes de Pago



Fechas de Pago
Hoy 4 Septiembre
2025 pagan:

15-21

[Ver fechas de pago](#)