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 28 | Mes 11 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.074.136.221	DE	CAQUEZA		
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	000-0006910	CELULAR	3112845603		
E-MAIL PERSONAL	byohanagabriela@hotmail.com				
E-MAIL INSTITUCIONAL	yohana.baquero@supernotariado.gov.co				
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	488400741028	C.A. X	C.C.

CONTRATO ACTUAL No 587 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 65.616.210,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 5.965.110,00

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 actividadesenunciadas 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 B

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: ANDREA CATERINE MORA SILVA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 20

CDP No.	33425	CRP No.	106325
FECHA CDP	20/01/2025	FECHA CRP	30/01/2025

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 30 | Mes 01 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CAQUEZA

DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 12 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 03 | Mes 02 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 10 | DIAS 28

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: $ 5.965.110,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 5.965.110,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	11	2025	PAGO No.	No DÍAS		NOVIEMBRE
AL	30	11	2025	10	30	100%	NOVIEMBRE

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)	298300	COMPENSAR EPS	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	381800	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	12500	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 692.600	PLANILLA DE PAGO No.	91410231

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
		$ 65.616.210,00		
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 5.567.436,00	$ 5.567.436,00	$ 60.048.774,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 11.532.546,00	$ 54.083.664,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 17.497.656,00	$ 48.118.554,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 23.462.766,00	$ 42.153.444,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 29.427.876,00	$ 36.188.334,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 35.392.986,00	$ 30.223.224,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 41.358.096,00	$ 24.258.114,00
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 47.323.206,00	$ 18.293.004,00
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 53.288.316,00	$ 12.327.894,00
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	$ 5.965.110,00	$ 59.253.426,00	$ 6.362.784,00
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	11	2025	PAGO No.	NOVIEMBRE
	AL	30	11	2025	10	NOVIEMBRE

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. Realizar la incorporación al Folio de Matrícula Inmobiliaria de la información consignada en los libros del Antiguo Sistema de las ORIP priorizadas, y registrar avances en el aplicativo o formatos dispuestos para tal fin. 2. Efectuar la búsqueda, análisis y traslado de la información registral del Antiguo Sistema al Sistema de Información Registral de conformidad con los parámetros dados por el Grupo de Interoperabilidad Registro Catastro Multipropósito. 3. Reportar mensualmente de las actividades de migración, como mínimo 1800 revisiones en los respectivos formatos. 4. Reportar los avances y elaborar los informes correspondientes, confrontando el trabajo realizado vs el programado, de acuerdo a la metodología establecida para tal fin. 5. Adelantar las actividades que se requieran por parte de la supervisión, en el marco de la implementación del catastro multipropósito, permitiendo el acceso a la información que se requiera y la calificación de los actos generados en virtud de tal actividad. 6. Realizar cuando se requiera la búsqueda de información solicitada por las diferentes entidades con injerencia en la política de catastro multipropósito. 7. Mantener la confidencialidad y reserva de la información que se administre. 8. 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. El informe mensual correspondiente para el pago de honorarios deberá contener todas las actividades realizadas en el respectivo mes. 9. Las demás que se desprendan de la naturaleza del objeto contratado o que se requieran para el adecuado desarrollo de la prestación del servicio a solicitud del supervisor. Parágrafo: En todo caso, el contratista debe presentar el informe de ejecución contractual y CUENTA DE COBRO DE MANERA MENSUAL, al supervisor, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.	1. Se realizo ESTUDIO JURIDICO, donde se confrontaron aproximadamente 90 folios al día, que corresponden a los LIBROS DE REGISTRO del municipio de Caqueza (LIBRO 1 TOMO 3 AÑO 1975, LIBRO 1 TOMO 2 AÑO 1974, LIBRO 1 TOMO 3 AÑO 1972 LIBRO 1 TOMO 1 AÑO 1973). Para un total de 1800 folios revisados, correspondientes a la ORIP DE CAQUEZA. 2. Se realizo INFORME ESTADISTICO. En este formato se especifica: -Municipio CAQUEZA, -Libro de ubicación LIBRO 1 TOMO 3 AÑO 1975, LIBRO 1 TOMO 2 AÑO 1974, LIBRO 1 TOMO 3 AÑO 1972 LIBRO 1 TOMO 1 AÑO 1973), -paginas que se trabajaron 1800. Su estado actual: -Nuevo sistema 1741, -folios de matricula que estan en antiguo sistema 59, -paginas en blanco 0. RESULTADO ANTIGUO SISTEMA: -tramitado 0. MOTIVO DE NO TRAMITE: -falta de informacion 0, - falta firma del registrador 0. -falsa tradicion 59, -area agotada 0 .- Otro: 0. 3. FORMATO INVENTARIO DE PRESUNTOS BALDIOS: Se realiza con las matriculas que tiene algun tipo de acto juridico en falsa tradicion. Se encontraron 59 predios. Aquí se suministra informacion como: -datos del antiguo sistema(libro, tomo, pagina), -nombres de quienes intervienen, -identificacion de quienes intervienen, -tipo de mueble (rural/urbano), -ubicacion (Departamento/Municipio/Vereda) y tipo de acto juridico en falsa tradicion.

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 **YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.074.136.221** de **CAQUEZA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **587** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **106325** CDP No **33425**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 5.965.110,00**

Valor en letras: **CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS CON 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	11	2025		NOVIEMBRE
	AL	30	11	2025	10	NOVIEMBRE

Para constancia se firma en **CAQUEZA** a los **28** días del mes de **NOVIEMBRE** de **2025**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
ANDREA CATERINE MORA SILVA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 20

CONTRATISTA

Firma Contratista
YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ
Cedula de Ciudadania No
1.074.136.221 **de** CAQUEZA

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 YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ, identificada con Cedula de Ciudadanía No.1.074.136.221 de Cáqueza, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 587 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2025.

Dependencia	**SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA PROTECCION, RESTITUCION Y FORMALIZACION DE TIERRAS**								
Perfil Contratista	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO B**								
Mes a cobrar	**Desde**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hasta**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		01	**11**	**2025**		**30**	**11**	**2025**	
Planilla seguridad social	Valor Salud							$298.300	
	Valor Pensión							$381.800	
	Valor ARL							$12.500	
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla							**91410231**	
	Periodo de la planilla							**NOVIEMBRE 2025**	
	Fecha pago planilla							**12/NOVIEMBRE/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 VEINTIOCHO (28) días del mes de NOVIEMBRE de 2025.

ANDREA CATERINE MORA SILVA
CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 20
COORDINADORA GRUPO DE INTEROPERABILIDAD REGISTRO CATASTRO MULTIPROPÓSITO

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	1074136221	YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ	Calle 5 Nro. 1-03	3112845603	byohanagabriela@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CÁQUEZA		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	
2025-11	2025-11	I	12/11/2025	91410231	$740.400	

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	298.300	0		0		0	0	0	0	298.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	381.800	0	0	0	0	0	0		381.800	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	12.500				12.500	0	0	12.500			125	12.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	47.800	0	0	47.800	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	298.300	298.300
Pensión	1	381.800	381.800
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	1	47.800	47.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	740.400	740.400

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	1074136221	YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ		Calle 5 Nro. 1-03	3112845603	byohanagabriela@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CÁQUEZA	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	
2025-11	2025-11	I	12/11/2025	91410231	$740.400	

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	Estornado	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	1074136221	BAQUERO GUTIERREZ YOHANA GABRIELA	59	0			N																	230301	2.386.044	381.800	0	0	0	0	EPS008	2.386.044	298.300	14-23	2.386.044	1	12.500	CCF24	2.386.044	47.800	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, 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 28 días del mes de NOVIEMBRE de 2025.

Atentamente,



YOHANA GABRIELA BAQUERO GUTIERREZ

C.C. 1.074.136.221 DE CÁQUEZA