



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	Mes	Año
16	12	2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA **MONICA ALEJANDRA CONTRERAS GUEVARA**

CEDULA DE CIUDADANIA No. **1.032.417.396** DE **BOGOTA**

CÓDIGO ACTIVIDAD RUT **000-0006910** CELULAR **3015429488**

E-MAIL PERSONAL **MONICA CONTRERAS 1218@HOTMAIL.COM**

E-MAIL INSTITUCIONAL **MONICA.CONTRERAS@SUPERNOTARIADO.GOV.CO**

BANCO **BANCOLOMBIA** No DE CUENTA **91200996751** C.A.  C.C.

CONTRATO ACTUAL

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

**\$ 37.255.440,00**

No **838** DE Año **2025**

HONORARIOS MENSUALES

**\$ 4.656.930,00**

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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO **OSCAR DAVID VERDUGO PARRA**

CARGO DEL SUPERVISOR **COORDINADOR JURIDICO ORIP BOGOTÁ ZONA SUR**

CDP No. **35025** CRP No. **117025**

FECHA CDP **21/01/2025** FECHA CRP **4/02/2025**

FECHA APROBACIÓN  
POLIZA

Día	Mes	Año
03	02	2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD **BOGOTÁ**

DEPARTAMENTO **BOGOTÁ**

FECHA / FINALIZACIÓN  
CONTRATO

Día	Mes	Año
03	10	2025

FECHA DE INICIO DEL  
CONTRATO

Día	Mes	Año
04	02	2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
8	0

FECHA DE INICIO DE LA ADICION  
Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año
4	10	2025

ADICION Y/O PRORROGA No. **1**

FECHA FINAL DE LA ADICION  
Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año
3	12	2025

CDP No. **35025** CRP No. **117025**

MESES	DIAS	VALOR
2		<b>\$ 9.313.860,00</b>

VALOR A COBRAR **\$ 4.656.930,00**

VALOR TOTAL # DE DIAS

**\$ 4.656.930,00**



ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

DEL	AL
01 11 2025	30 11 2025

PAGO No. **NOVIEMBRE**  
No DÍAS **NOVIEMBRE**  
**10** **30** 100%

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

Página 1

**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)	395000	COMPENSAR	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	505600	PROTECCIÓN	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	16500	POSITIVA	0.522%
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$ 917.100</b>	<b>PLANILLA DE PAGO No.</b>	<b>92140725</b>

**2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 46.569.300,00		VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	\$ 4.191.237,00	\$ 4.191.237,00	\$ 42.378.063,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 8.848.167,00	\$ 37.721.133,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 13.505.097,00	\$ 33.064.203,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 18.162.027,00	\$ 28.407.273,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 22.818.957,00	\$ 23.750.343,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 27.475.887,00	\$ 19.093.413,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 32.132.817,00	\$ 14.436.483,00
PAGO 08	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 36.789.747,00	\$ 9.779.553,00
PAGO 09	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 41.446.677,00	\$ 5.122.623,00
PAGO 10	VALOR DEL PAGO	\$ 4.656.930,00	\$ 46.103.607,00	\$ 465.693,00
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	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	NOVIEMBRE
	AL	01	11	2025		10
		30	11	2025		



**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. Efectuar la calificación de los documentos objeto de registro de todo de acto jurídico que ingrese a la oficina de registro de instrumentos públicos a la que es asignado, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable.2. El contratista deberá calificar diariamente como mínimo 27 documentos. De darse el caso de no ser posible la asignación de ese número de documentos, teniendo en cuenta el ingreso de trámites diarios a la oficina de registro de instrumentos públicos, este deberá calificar diariamente la totalidad de los documentos que ingresen. 3. Verificar la liquidación de los derechos e impuestos de registro, para dar estricto cumplimiento a las tarifas establecidas por la normatividad. 4. Realizar el autocontrol del proceso de calificación y adelantar el procedimiento establecido para que se realicen las correcciones internas que sean necesarias, de acuerdo con los parámetros establecidos en la normatividad vigente. 5. Generar notas devolutivas, rechazando la inscripción del documento y emitiendo la devolución, de acuerdo con la normatividad establecida cuando sea necesario. La nota devolutiva deberá estar debidamente justificada e incluir la totalidad de las causales por la negación de la inscripción. 6. Dar debido manejo a las contraseñas y usuarios que le sean asignados y guardar estricta reserva de la información a la cual tenga acceso en razón de sus funciones. 7. Asistir a las reuniones y capacitaciones a las cuales sean convocados. 8. Presentar un informe diario a su supervisor o, a la persona designada para dichos efectos, con los documentos calificados en la jornada. 9. Sin perjuicio de lo señalado en el numeral 2 de la presente cláusula, durante el primer mes de vigencia del contrato, atendiendo al proceso de capacitación que se adelantará en este periodo, el contratista deberá calificar el número de documentos que le sean asignados con aumento progresivo hasta llegar al cumplimiento de la meta diaria. 10. 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. 11. Las demás que le sean asignadas en virtud del objeto contractual</p>	<p>Durante este periodo se desarrollaron los turnos que se relacionan en el informe de actividades el cual se adjunta a la cuenta de cobro.</p>

**NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.**

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

Página 3



**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 periodo, se deja constancia que el (la) contratista **MONICA ALEJANDRA CONTRERAS GUEVARA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.032.417.396** de **BOGOTA** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **838** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.  
del CRP No. **117025** CDP No **35025**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **4.656.930,00**

Valor en letras:

**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS CON  
00 CTVOS**

	Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	11	2025	PAGO No. <b>NOVIEMBRE</b>
	AL	30	11	2025	

Para constancia se firma en **BOGOTÁ** a los **16** días del mes de **DICIEMBRE** de **2025**

**SUPERVISOR**


**Firma Supervisor**  
OSCAR DAVID VERDUGO PARRA  
COORDINADOR JURIDICO ORIP BOGOTÁ ZONA SUR

**CONTRATISTA**

**Firma Contratista**  
MONICA ALEJANDRA CONTRERAS GUEVARA  
**Cedula de Ciudadania No**  
1.032.417.396 **de** BOGOTA

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

Pagina 4

 <b>Superintendencia de Notariado y Registro</b>	<b>MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA</b>	<b>Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 02</b>
	<b>PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>	<b>Versión: 03</b>
	<b>PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR</b>	<b>Fecha: 21 - 01 - 2025</b>

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

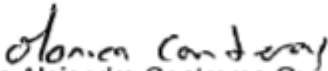
De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, parágrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por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


<b>DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA.</b> Durante el año 2024 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT.		x
<b>2. Soy responsable del impuesto sobre la renta.</b>		x
<b>3. Dependiente Económico:</b> parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3, <b>cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.</b>		x
<b>4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.</b>		x
<b>5. AFC:</b> Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. <b>Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.</b>		x
<b>6. Crédito de Vivienda:</b> Realizo pagos de crédito de vivienda, <b>Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.</b>		x
<b>7. Medicina prepagada:</b> Realizo pagos de medicina prepagada, <b>Adjuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.</b>		x
<b>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:</b> 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
<b>9. Ha suscrito contratos durante el año 2025: por un valor igual o superior a 4000 UVT (\$199.196.000)</b>		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 11 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

  
**Monica Alejandra Contreras Guevara**  
**CC. 1.032.417.396**

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

### CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que la señora MONICA ALEJANDRA CONTRERAS GUEVARA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1032417396 de Bogotá, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 838 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de noviembre.

<b>Dependencia</b>	<b>ORIP BOGOTA ZONA SUR</b>									
<b>Perfil Contratista</b>	<b>PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B</b>									
<b>Mes a cobrar</b>	<b>Desde</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Hasta</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>		
		<b>01</b>	<b>11</b>	<b>2025</b>		<b>30</b>	<b>11</b>	<b>2025</b>		
<b>Planilla seguridad social</b>	Valor Salud						\$ 395.000			
	Valor Pensión						\$ 505.600			
	Valor ARL						\$ 16.500			
	Pensionado / anexar resolución									
	Número de planilla						<b>92140725</b>			
	Periodo de la planilla						<b>NOVIEMBRE</b>			
	Fecha pago planilla						<b>05/12/2025</b>			

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 12 días del mes de diciembre de 2025.

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.



**OSCAR DAVID VERDUGO PARRA**  
**CORDINADOR JURIDICO ORIP BOGOTA ZONA SUR**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032417396	WONICA ALEJANDRA CONTRERAS GUEVARA		CL 1RAH NO 38 D 61	3015429488	monicacontreras1218@hotmail.com
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				
2025-11	2025-11	\$917.100				

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	395.000	0		0		0	0	0	0	395.000	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	505.600	0	0	0	0	0	0	0	505.600	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	16.500				16.500	0	0	16.500			165	16.500	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	395.000	395.000
Pensión	1	505.600	505.600
Riesgos Laborales	1	16.500	16.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>917.100</b>	<b>917.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032417396	VIONICA ALEJANDRA CONTRERAS GUEVARA		CL 1RAH NO 38 D 61	3015429488	monicacontreras1218@hotmail.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	05/12/2025	92140725	\$917.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1032417396	CONTRERAS GUEVARA MONICA ALEJANDRA	59	0			N																	230201	3.160.000	505.600	0	0	0	0	EPS008	3.160.000	395.000	14-23	3.160.000	1	16.500		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

