 <b>Superintendencia de Notariado y Registro</b>	<b>PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA</b>	<b>Código:GF-FR-081</b>
	<b>PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES</b>	<b>Versión: 1</b>
	<b>FORMATO: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	<b>Fecha: 20/Abr./2026</b>

### EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE:

El(la) contratista **ELIZABETH TORRES ARGUELLO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **39561361** de Girardot, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO, vinculado(a) mediante Contrato No. **1308 de 2026**, ejecutó de las obligaciones contractuales correspondientes al período comprendido entre el **1** y el **30** del mes de **ABRIL** de **2026**, conforme a lo estipulado en el objeto y obligaciones pactadas, para lo cual presentó las evidencias que respaldan las actividades desarrolladas en dicho período, las cuales fueron revisadas y verificadas por la supervisión.

De igual manera, en cumplimiento de la circular interna vigente sobre radicación de cuentas de cobro, se constató el cargue oportuno en la plataforma SECOP los anexos correspondientes.

En relación con el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social, se verificó que el(la) contratista efectuó el pago correspondiente al mes de **ABRIL** de **2026**, conforme a la planilla aportada, la cual cumple con los requisitos legales exigidos para efectos del trámite de la cuenta de cobro.

Se expide la presente certificación una vez aprobado el informe del período ejecutado, la revisión de las evidencias correspondientes y el pago de la seguridad social previamente relacionada, y sirve como soporte para el trámite de la cuenta de cobro del contratista, a los treinta (30) días del mes de abril de 2026.




---

**MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA**  
**CC 34657887**  
**Profesional Especializado Grado 19**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA**

CONTRATISTA  CÓDIGO ACTIVIDAD RUT

CEDULA No.  DE  CELULAR

E-MAIL PERSONAL  E-MAIL INSTITUCIONAL

ENTIDAD BANCARIA  No DE CUENTA  C.A.  C.C.

**DATOS DEL CONTRATO**

N°  AÑO  VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$  HONORARIOS MENSUALES \$

INGRESE NÚMERO DE CONTRATO PARA CARGAR LOS DATOS CDP N°  FECHA CDP  CRP N°  FECHA CRP

LUGAR DE EJECUCIÓN CIUDAD  DEPARTAMENTO

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO  FECHA FIN DEL CONTRATO  TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO

**VALOR A COBRAR**

**SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO**

Día Mes Año

DEL    TOTAL DÍAS  VALOR A COBRAR \$  PAGO No.

AL    ¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO? ##### N° DE FACTURA

**ADICIÓN Y/O PRÓRROGA**

Día Mes Año

FECHA DE INICIO ADICION Y/O PRORROGA    FECHA FIN ADICION Y/O PRORROGA

CDP N°  CRP N°  VALOR  ADICION Y/O PRORROGA No.

**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. PERFIL: Técnico Administrativo B DEPENDENCIA: Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras - Grupo interno de trabajo de Gestión Registral para el Saneamiento.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

CARGO DEL SUPERVISOR

**RELACIÓN DE PAGOS**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 27.024.720,00	ACUMULADO	\$ 10.246.873,00	SALDO POR PAGAR	\$ 16.777.847,00
PAGO 01	\$ 112.603,00	PAGO 11	\$ -		
PAGO 02	\$ 3.378.090,00	PAGO 12	\$ -		
PAGO 03	\$ 3.378.090,00	PAGO 13	\$ -		
PAGO 04	\$ 3.378.090,00	PAGO 14	\$ -		
PAGO 05	\$ -	PAGO 15	\$ -		
PAGO 06	\$ -	PAGO 16	\$ -		
PAGO 07	\$ -	PAGO 17	\$ -		
PAGO 08	\$ -	PAGO 18	\$ -		
PAGO 09	\$ -	PAGO 19	\$ -		
PAGO 10	\$ -	PAGO 20	\$ -		

**RELACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA**

Aporte: 12,5% EPS \$  FONDO DE PENSIÓN Aporte: 16% \$  ARL Aporte: 0,522% \$

TOTAL PAGO PLANILLA \$  PLANILLA DE PAGO No.

FECHA DE PAGO PLANILLA    PERIODO DE PLANILLA  ¿PENSIONADO?

**RETENCION EN LA FUENTE**

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 DE RENTA. Durante el año inmediatamente anterior mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT		X
2. 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
3. Realizó aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		X
4. Crédito de Vivienda: Realizó pagos de crédito de vivienda. Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda (en donde se observen los intereses corrientes) del mes que esta cobrando o mes vencido.		X
5. Medicina prepagada: Realizó pagos de medicina prepagada. Adjuntar recibo de pago mensual o por la vigencia que corresponda.		X
6. 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		X
7. Ha suscrito contratos durante el presente año por un valor igual o superior a 4000 UVT.		X
8. Ha sido notificado de una orden de embargo que deba ser practicada por parte de la SNR con relación a los honorarios cobrados en la presente cuenta. Adjuntar oficio o soporte.		X

**Nota: Se debe remitir anexos de deducibles únicamente para contratos que superen los \$6.000.000 mensuales**

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:                      BOGOTA                      FECHA                      

30	4	2026
----	---	------

*Elizabeth Tama A*

\_\_\_\_\_  
Firma contratista

Cédula de ciudadanía N°                      39.561.361                      de                      GIRARDOT

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39561361	ELIZABETH TORRES ARGUELLO		Calle 151 B Bis No. 117-03 Aptoi. 201	6891640	torrelizabeta@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75961246	24/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$228.100	

### 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>228.100</b>	<b>228.100</b>





# RECLAMACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS

TAPA-BEN 0

Fecha de Ejecución: 26-SEP-24 08:17 AM

Nombre: ELIZABETH TORRES ARGUELLO      Tipo de Solicitud: SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL

Identificación: 39561361      Pendientes: 1      Entregados: 3

# Expediente: DV 685824      Sustitución pensional: No

ESPACIO PARA STICKER OCV RADICADO

Radicado - Porvenir S.A.



0190121040616700

Centro de Físico

## Estado Documentos Entregados

Parentesco: 1 TITULAR 39561361 ELIZABETH TORRES ARGUELLO

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
1	DDI	Documento de Identidad (ampliado al 150%)	V
2	SPE	formulario solicitud	V
3	HLO	Historia laboral oficial normalizada y firmada (emisión bono, no bono o incluir correcciones)	V

## Estado Documentos Faltantes

Parentesco: 1 TITULAR 39561361 ELIZABETH TORRES ARGUELLO

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
		certificacion de residencia	

### ⚠ Nota de términos

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION. LA LISTA DE DOCUMENTOS ENTREGADA ESTA SUJETA A VERIFICACION Y CONTROL, POR TAL MOTIVO PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE MODIFICACIONES, LAS CUALES SE INFORMARAN OPORTUNAMENTE AL PETICIONARIO.

**TENGA EN CUENTA QUE EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD NO TIENE NINGÚN COSTO. POR FAVOR ABSTENGASE DE ENTREGAR DINEROS A PERSONAS QUE SE LO SOLICITEN. DENUNCIE CUALQUIER ANOMALÍA A NUESTRA AUDITORIA INTERNA FAX 3390101 O AL A.A. 241800 DE BOGOTÁ.**

Acepto

CC



porvenir  
sólo hay uno

# Formulario Solicitud por devolución de saldos vejez normal

Fecha de Diligenciamiento: 2024-09-26

## Información del afiliado

Nombres y apellidos: ELIZABETH TORRES ARGUELLO  
 Tipo de identificación: CC N° de identificación: 39561361  
 Ciudad de nacimiento: Departamento: Fecha de nacimiento: 10-09-1967  
 Dirección de correspondencia: CL 81 115 25 IN 5 AP 202  
 Ciudad de correspondencia: BOGOTA D.C. Departamento de correspondencia: BOGOTA  
 Correo electrónico: TORRELIZABETH@GMAIL.COM Teléfono fijo: 4358604 – Teléfono celular: 3208263554  
 Otro contacto: ELIZABETH TORRES Teléfono del contacto: 3208263554

¿Autoriza el envío de correspondencia por correo electrónico?

SI

¿Autoriza el envío de correspondencia por mensaje de texto?

SI

¿Quién hace la solicitud?

AFILIADO

## BEPS / Pensión familiar

"Declaro que he recibido previamente en mi cita de asesoría pensional y he comprendido la información sobre el programa de ahorro voluntario BEPS (Beneficios económicos periódicos) creado por el Gobierno Nacional y Pensión Familiar"

SI

¿Está interesado en acogerse al programa BEPS ó Pensión Familiar?

No estoy interesado

## Historia Laboral

¿El afiliado es pensionado de otra entidad?  No Actualmente tiene la posibilidad de seguir cotizando a pensiones obligatorias?  No

Total semanas Régimen de Prima Media  Total Semanas Régimen de Ahorro Individual Con Solidaridad

Total de semanas cotizadas  Esta de acuerdo con los 12.83 años que equivalen al total de las 669.2 semanas que ha cotizado.  SI

¿Ha efectuado cotizaciones para pensión en otros países aparte de Colombia?  No

Declaro que he recibido previamente mi cita de asesoría pensional y he comprendido que tengo la posibilidad de seguir cotizando para alcanzar el beneficio de la garantía de pensión mínima, alcanzando como mínimo 1150 semanas.  SI

## Información tipo de pago deseado

¿Como desea que se pague? Abono en cuenta

Nombre del banco: BANCO GNB COLOMBIA S.A.

Tipo de cuenta: AHORROS

Número de cuenta: 90180062940

**Declaracion de veracidad de la información**

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a la Sociedad Administradora de Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD Y**

Al momento de radicar la presente solicitud, declaro que he sido asesorado, sobre el régimen de ahorro individual con solidaridad, en relación a que el reconocimiento de la pensión de vejez se efectúa en razón al capital acumulado en la cuenta de ahorro individual, conforme al cálculo actuarial en el cual se incluyen los factores como conformación de núcleo familiar (beneficiarios), los cuales relaciono en la presente solicitud manifestando que a la fecha de presentación no existen más por relacionar, capital, incluyendo el bono pensional si a él hubiese lugar, y expectativa de vida, que en el caso que el capital acumulado no alcance para financiar la pensión y tenga por lo menos 1150 semanas cotizadas tengo derecho a una garantía de pensión mínima de vejez, que en el evento en que no cumpla con capital, y no cumpla con la cotización de las 1150 semanas cotizadas al sistema general de pensiones tengo el derecho a seguir cotizando para alcanzar la garantía de pensión mínima, que fui asesorado en relación a la oportunidad de acceder a la pensión familiar, que fui asesorado en relación a la aplicación de los convenios internacionales, y que en el evento de no acceder a ninguno de los beneficios, tengo derecho a la Devolución de saldos, que de la misma forma fui asesorado en relación a los beneficios económicos periódicos.

Que por lo anterior es mi determinación basada en la asesoría escoger a PORVENIR, como la administradora de pensiones para que defina mi solicitud pensional.

Firma del solicitante:

*Elizabeth Torres Arguello*

ELIZABETH TORRES ARGUELLO

CC

39561361



# Trámite de Emisión y/o Expedición de Bono Pensional

Ciudad de Diligenciamiento

Fecha

1. Tipo de Reclamación:

VEJEZ  VEJEZ ANTICIPADA  DEVOLUCIÓN DE SALDOS  MUERTE  INVALIDEZ

2. Tipo de Solicitante:

AFILIADO  BENEFICIARIO  APODERADO DEL AFILIADO  APODERADO DE BENEFICIARIO

3. Datos Afiliado(a):

Nombre: Elizabeth Torres Arguello  
CC  CE  C.D.  PAS  39561361 DE Guarandot

4. Datos Beneficiario y/o Apoderado:

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_  
CC  CE  C.D.  PAS  \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Nombre del Apoderado: \_\_\_\_\_  
CC  CE  C.D.  PAS  \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

5. Art 52:

Bajo la gravedad de juramento declaro: Que toda la Información que aquí se relaciona como mi historia laboral es veraz y ninguna parte de esta se ha utilizado para una pensión otorgada, indemnización concedida o en trámite para otro bono pensional ya emitido o en proceso de emisión. Que no estoy simultáneamente afiliado(a) al Régimen de Prima Media y que estoy de acuerdo con la presente información detallada en la liquidación del bono pensional.

Que autorizo la emisión y/o expedición de mi Bono Pensional; De la misma forma Una vez emitido el bono pensional sin que este haya sido negociado cuando la prestación hubiese sido definida de llegar a presentar cambios en la forma del cálculo o en la información, autorizo a PORVENIR S.A., a solicitar la respectiva reliquidación del bono pensional al emisor y/o contribuyentes conforme al inciso 5 del artículo 17 de la Ley 549 de 1999.

Valor bono: \_\_\_\_\_ a fecha de corte la cual es el \_\_\_\_\_ Art 52 D 1748/95.

6. Si su solicitud es por devolución de saldos, diligencie la siguiente declaración Juramentada de Imposibilidad de seguir cotizando (DJUI):

Si Declaro  No Declaro  bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro imposibilitado(a) para seguir cotizando a pensiones obligatorias.

Elizabeth Torres A.  
FIRMA DEL SOLICITANTE



## MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

## DATOS AFILIADO

Documento	C 39561361	Género	FEMENINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	10/09/1967
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 / 1	AFP Afiliado	PORVENIR ( 3 )
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	03/09/2007	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/11/2007		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	TORRES	ARGUELLO	ELIZABETH	
ISS/COLPENSIONES	TORRES	ARGUELLO	ELIZABETH	
Documento Alterno No.				

## DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	25/09/2024	Consecutivo	18	Número Liquidación	13	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	25/09/2024	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por:	JENNIFFER MUÑOZ PINTO				
Cargo	EJECUTIVO PENSIONAL, DIRECCIÓN CANALES PRESENCIALE		Teléfono	3393000	Archivo		Registro		
Motivo reproceso	VALOR								
Archivo Respuesta	RAOP0320240925.000000			Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)	25/09/2024				

## HISTORIA LABORAL

## HISTORIA VALIDA PARA BONO

## HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008214563 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	SERV TEMPORALES BOGOTA LTDA
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	20/10/1987	03/11/1987	S	S	\$ 25,530		
LABORAL	02/02/1988	15/03/1988	S	S	\$ 25,530		

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008226715 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	EXTRAS CALI
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	19/06/1989	31/07/1989	S	S	\$ 54,630		
LABORAL	01/06/1990	31/07/1990	S	S	\$ 54,630		
LABORAL	01/08/1990	31/12/1990	S	S	\$ 99,630		
LABORAL	01/01/1991	30/06/1991	S	S	\$ 150,270		

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008210565 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	EXTRAS LTDA.
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	11/07/1989	31/07/1989	S	S	\$ 54,630		
LABORAL	18/08/1989	31/08/1989	S	S	\$ 61,950		

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008210923 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	FUNDACION PARA ED SUP
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	19/07/1991	31/12/1991	S	S	\$ 150,270		
LABORAL	08/01/1992	01/01/1993	S	S	\$ 234,720		
LABORAL	01/02/1993	31/01/1994	S	S	\$ 298,110		
LABORAL	01/02/1994	31/03/1994	S	S	\$ 354,850		
LABORAL	01/04/1994	30/06/1994	S	S	\$ 295,000		
LABORAL	01/07/1994	31/07/1994	S	S	\$ 737,500		
LABORAL	01/08/1994	31/12/1994	S	S	\$ 295,000		

Elizabeth Torres B  
cc. 39561361



<b>ATRONAL</b>	NIT: 890303666	<b>NOMBRE EMPLEADOR</b>	FUNDACION FES
----------------	----------------	-------------------------	---------------

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	20/02/1995	28/02/1995	S	S	\$ 29,000	
LABORAL	01/03/1995	31/05/1995	S	S	\$ 363,000	
LABORAL	01/06/1995	30/06/1995	S	S	\$ 907,000	
LABORAL	01/07/1995	30/11/1995	S	S	\$ 363,000	
LABORAL	01/12/1995	31/12/1995	S	S	\$ 907,000	
LABORAL	01/01/1996	31/01/1996	S	S	\$ 502,000	
LABORAL	01/02/1996	29/02/1996	S	S	\$ 374,000	
LABORAL	01/03/1996	31/03/1996	S	S	\$ 565,000	
LABORAL	01/04/1996	31/05/1996	S	S	\$ 463,000	
LABORAL	01/06/1996	30/06/1996	S	S	\$ 1,157,000	
LABORAL	01/07/1996	30/11/1996	S	S	\$ 463,000	
LABORAL	01/12/1996	31/12/1996	S	S	\$ 1,626,000	

*Elizabeth Torres B*  
CC 39561361



<b>NIT/PATRONAL</b>	NIT: 39561361	<b>NOMBRE EMPLEADOR</b>	SIN RAZON SOCIAL
---------------------	---------------	-------------------------	------------------

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	01/09/2007	31/10/2007	S	S	\$ 840,000	

**CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES**

ERROR/OBSERVACION	DESCRIPCION
-------------------	-------------

**INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES**

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACION (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------	-------------	-----------------------	---------------------------	---------------------------------------

**INDICIOS PRESTACIONES.** LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACION (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------

**INFORMACION DE PRESTACION CERTIFICADA POR LA AFP**



DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACION (DD/MM/AAAA)	CERTIF
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------

**LIQUIDACION BONO**

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	1
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	30/06/1992	Tiempo Válido Para Bono (sin traslajos)	2,507(días) , 358(semanas)	Tiempo Total Trabajado	2,507
Salario Base	\$234,720	Empleadores Salario Base	FUNDACION PARA ED SUP		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	01/11/2007	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	10/09/2027	Tasa Interes (%)	3.0
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)		Causal Redención			
Valor Bruto A F.C.	\$39,562,047	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	\$39,562,047
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	\$0				

**CUOTAS PARTES**

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGR. A F. PAGO
Emisor	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,490			\$27,825,409	70	0	0	0	0
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,017			\$11,736,638	30	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>						\$39,562,047		0	0	0	0

	<b>PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		<b>Código: GC-FR-022</b>
	<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES</b>		<b>Versión: 1</b> <b>Fecha: 20/Abr./2026</b>
<b>NUMERO DE INFORME</b>	<b>4</b>	<b>CONTRATO No.</b>	<b>1308</b>
<b>PERIODO DE INFORME</b>	<b>1 AL 30 DE ABRIL DE 2026</b>	<b>PLAZO DEL CONTRATO</b>	<b>8 MESES</b>
<b>NOMBRE CONTRATISTA</b>	<b>ELIZABETH TORRES ARGUELLO</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA</b>	<b>39561361</b>
<b>OBJETO</b>	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. PERFIL: Técnico Administrativo B DEPENDENCIA: Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras - Grupo interno de trabajo de Gestión Registral para el Saneamiento.	<b>FECHA</b>	<b>30 DE ABRIL DE 2026</b>
<b>NOMBRE SUPERVISOR</b>	<b>MARTHA LUCIA RESTREPO GUERRA</b>	<b>CARGO SUPERVISOR</b>	<b>Profesional Especializado Grado 19</b>
<b>No.</b>	<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
1	Apoyar en la consulta por índice de propietarios en la base de datos registral, con el fin de establecer si el predio tiene asociado un folio de matrícula inmobiliaria que lo identifique registralmente y que servirá de insumo para la proyección del certificado de carencia de antecedente registral.	1. Base de Libano - Tolima, 18 registros trabajados en índice de Propietario. 2. Base Ulloa - Valle del Cauca, 87 registros trabajados en índice de Propietario.	Anexo No. 1 en las Evidencias.
2	Apoyar en la consulta de fichas prediales cuando la entidad pública y/o territorial aporte en la solicitud de expedición de certificados de carencias de antecedente registral.	ESTA ACTIVIDAD NO FUE CONTEMPLADA EN ESTE PERIODO.	
3	Apoyar frente a las búsquedas en los distintos aplicativos destinados por la entidad, sobre los predios que los entes territoriales y demás entidades solicitan la certificación de carencia de antecedente registral en el marco de los convenios suscritos con la Superintendencia de Notariado y Registro y demás apoyo a las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos del país.	1. Base de Libano - Tolima, 20 registros trabajada en R1R2 y Mejoras, Consulta de Geoportal Igac - Colindantes de 18 registros. De igual forma se realizó la consulta de aproximadamente 50 FMI de colindantes. Estudio jurídico de 2 FMI. 2. Base de Ulloa - Valle del Cauca. 30 registros trabajados en Geoportal-IGAC de los cuales se revisaron y estudiaron 250 FMI de colindantes. 9 registros trabajados en estudio jurídico.	Anexo No. 3 en las Evidencias.
4	Apoyar con la consulta en libros de antiguo sistema que reposen en cada Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, o en las diferentes bases de datos donde se encuentren digitalizados los libros previa autorización por parte de la dependencia correspondiente.	ESTA ACTIVIDAD NO FUE CONTEMPLADA EN ESTE PERIODO.	
5	Presentar mensualmente o cada que se requiera un informe detallado en los formatos establecidos por la entidad de las solicitudes de apoyo realizado a las diferentes Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos del país frente a las carencias de antecedente registral.	ESTA ACTIVIDAD NO FUE CONTEMPLADA EN ESTE PERIODO.	
6	Atender los requerimientos solicitados por la Coordinadora del grupo de Gestión Registral para el Saneamiento y la Formalización de la Propiedad Inmobiliaria, frente al apoyo en la certificación de carencia de antecedente registral a las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos.	Base de Mocoa - Putumayo con 7 registros. 5 registros para elaboración de certificados carentes y 2 registros para solicitud de ficha catastra.	Anexo 6. en la Evidencias.
7	Apoyar al grupo de Gestión Registral para el Saneamiento y la Formalización de la Propiedad en otras actividades designadas por la Coordinadora, cuando se requiera por necesidad del servicio y que se encuentren acordes al perfil.	ESTA ACTIVIDAD NO FUE CONTEMPLADA EN ESTE PERIODO.	
8	Mantener la reserva y confidencialidad sobre la información que se maneje durante y después de la ejecución del contrato.	ENVIO DE INFORMACION.	Anexo 8. en las Evidencias
9	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 de la entidad.	SE PRESENTA LA CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	
10	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.	CAPACITACION EN INDICE DE PROPIETARIOS Y COLINDANTES CARLOS CORREDOR.	Anexo 10. en las Evidencias.
<b>NOTA:</b> Se deberán adicionar las filas necesarias conforme al número de obligaciones contractuales y actividades ejecutadas durante el periodo reportado.			
<b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato en mención y que las actividades reportadas en el presente informe corresponden a las actividades efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, además, realice el pago correspondiente de los aportes a la seguridad social y las evidencias de ejecución del presente informe se encuentran cargadas en la plataforma SECOP II			
 <b>FIRMA DEL CONTRATISTA</b> <b>C.C. 39561361</b>			