



**Superintendencia de
Notariado y Registro**

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Código: GF-FR-071

PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES

Versión: 2

FORMATO: CUENTA DE COBRO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Fecha: 20/Abr./2026

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 SIETE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON 00 CENTAVOS
 Día Mes Año
 DEL TOTAL DÍAS VALOR A COBRAR \$ PAGO No.
 AL ¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO? N/A 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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO
 CARGO DEL SUPERVISOR

RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 58.187.520,00	ACUMULADO	\$ 32.488.032,00	SALDO POR PAGAR	\$ 25.699.488,00
PAGO 01	\$ 3.394.272,00	PAGO 11	\$ -		
PAGO 02	\$ 7.273.440,00	PAGO 12	\$ -		
PAGO 03	\$ 7.273.440,00	PAGO 13	\$ -		
PAGO 04	\$ 7.273.440,00	PAGO 14	\$ -		
PAGO 05	\$ 7.273.440,00	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 \$ Aporte: 16% FONDO DE PENSIÓN \$ Aporte: 0,522% ARL \$
 TOTAL PAGO PLANILLA \$ PLANILLA DE PAGO No.
 FECHA DE PAGO PLANILLA PERIODO DE PLANILLA ¿PENSIONADO? N/A

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 articulo 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 UVT		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: SANTA MARTA FECHA

30	5	2026
----	---	------


Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 36.696.867 de SANTA MARTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36696867	NÚMERO PLANILLA:	6016574791	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARRERA 1 28 - 70	TELÉFONO:	1234567	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	342259711
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 465.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 465.600	\$ 0	\$ 0	\$ 465.600
SUBTOTALES:										\$ 465.600	\$ 0	\$ 0	\$ 465.600

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 363.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 363.700	\$ 0	\$ 0	\$ 363.700
SUBTOTALES:										\$ 363.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 363.700	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.200	\$ 15.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.200	
SUBTOTALES:										\$ 15.200	\$ 0	\$ 0	\$ 15.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 36696867	ILLIDGE PIMIENTA YOLY BEATRIZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.909.376				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	2.909.376	\$ 465.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 465.600	EPS005-SANITAS S.A	30	2.909.376	\$ 363.700	\$ 0	\$ 363.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.909.376	\$ 36696867	\$ 15.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 844.500



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

61819887

NUIP 1205973186

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código E N F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA - NOTARIA 4 SANTA MARTA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido MORALES * * * * * Segundo Apellido ILLIDGE * * * * *

Nombre(s) AMELIA * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 1 Mes M A Y Día 1 2 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo 166543446 * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos ILLIDGE PIMIENTA YOLY BEATRIZ * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 36696867 * * * * *

Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos MORALES MENDOZA SERGIO ALEJANDRO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1140877412 * * * * *

Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MORALES MENDOZA SERGIO ALEJANDRO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1140877412 * * * * *

Firma *Sergio Mendoza Morales*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * *

Firma * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * *

Firma * * * * *

Fecha de inscripción Año 2 0 2 1 Mes M A Y Día 1 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza ANEXO KEVIN YESITH REVEROL PADILLA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno *Sergio Mendoza Morales* Firma

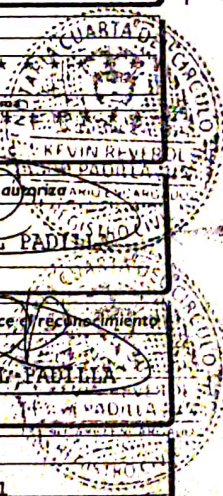
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento KEVIN YESITH REVEROL PADILLA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS NO. 009 TOMO 26; OTRO: CN - CLÍNICA DE LA MUJER; 14/05/2021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 1 del párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la menor AMELIA MORALES ILLIDGE con número de identificación 1.205.973.186, residente en la ciudad de Santa Marta, no obtiene ingresos propios, por lo tanto cumple los criterios para figurar como dependiente de su madre la señora YOLY BEATRIZ ILLIDGE PIMIENTA con número de identificación 36.696.867, para constancia se anexa copia del registro civil del dependiente.

Esta certificación se expide para que la presente la señora YOLY BEATRIZ ILLIDGE PIMIENTA ante la Superintendencia de Notariado y Registro.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Albania La Guajira, a los 30 días de mayo de 2026.

Estefania Tapia Pérez

ESTEFANIA TAPIA PEREZ

C.C. 1.128.047.729

T.P. 180768-T

estape2000@gmail.com

Válido Únicamente
para Certificación
Dependientes y Oly

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

180768-1

ESTEFANIA
GARCIA PEREZ
C.C. 1128047729

RESOLUCION INSCRIPCION 333 FECHA 25/07/2013
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

PRESIDENTE


LUIS EDUARDO FORERO VARGAS 192379

