

 Superintendencia de Notariado y Registro	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES FORMATO: CUENTA DE COBRO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GF-FR-071 Versión: 2 Fecha: 20/Abr./2026
---	--	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA														
CONTRATISTA		MONTOYA IBAÑEZ CESAR AUGUSTO			CÓDIGO ACTIVIDAD RUT		6910							
CEDULA No.		1081785383		DE		Fundación		CELULAR		3126153098				
E-MAIL PERSONAL		cesarmontoya2007@hotmail.com				E-MAIL INSTITUCIONAL		cesar.montoya@supernotariado.gov.co						
ENTIDAD BANCARIA		BANCO DAVIVIENDA S.A.			No DE CUENTA		0550488452444430		C.A.		X		C.C.	

DATOS DEL CONTRATO															
N°		658		AÑO		2026		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 21.427.680		HONORARIOS MENSUALES		\$ 2.678.460	
CDP N°		22826		FECHA CDP		11/01/2026		CRP N°		87126		FECHA CRP		21/01/2026	
LUGAR DE EJECUCIÓN		CIUDAD		Fundación				DEPARTAMENTO		Magdalena					
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO		22/01/2026		FECHA FIN DEL CONTRATO		21/09/2026		TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO		7 meses y 30 días					

VALOR A COBRAR									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año						
DEL	1	5	2026	TOTAL DÍAS	31	VALOR A COBRAR	\$ 2.678.460	PAGO No.	05
AL	31	5	2026	¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO?	NO	N° DE FACTURA			

ADICIÓN Y/O PRÓRROGA											
FECHA DE INICIO ADICION Y/O PRORROGA			Día	Mes	Año	FECHA FIN ADICION Y/O PRORROGA			Día	Mes	Año
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. Dependencia: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA_Y_FINANCIERA - GESTION DOCUMENTAL Perfil: AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	JAIME EMANUEL CARDENAS GONZALEZ
CARGO DEL SUPERVISOR	Supervisor del contrato

RELACIÓN DE PAGOS											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 21.427.680		ACUMULADO		\$ 11.517.378		SALDO POR PAGAR		\$ 9.910.302	
PAGO 01				\$ 803.538		PAGO 11				\$ -	
PAGO 02				\$ 2.678.460		PAGO 12				\$ -	
PAGO 03				\$ 2.678.460		PAGO 13				\$ -	
PAGO 04				\$ 2.678.460		PAGO 14				\$ -	
PAGO 05				\$ 2.678.460		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%		Aporte: 16%		Aporte: 0,522%							
EPS		\$ 218.864		FONDO DE PENSIÓN		\$ 280.145		ARL		\$ 9.140	
TOTAL PAGO PLANILLA		\$ 508.149		PLANILLA DE PAGO No.		1113865841					
FECHA DE PAGO PLANILLA		27/05/2026		PERIODO DE PLANILLA		05/2026				¿PENSIONADO?	
										NO	

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, 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:

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.		NO
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.		NO
3. Realizó aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		NO
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.		NO
5. Medicina prepagada: Realizó pagos de medicina prepagada. Adjuntar recibo de pago mensual o por la vigencia que corresponda.		NO
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		NO
7. Ha suscrito contratos durante el presente año por un valor igual o superior a 4000 UVT.		NO
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.		NO

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

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:

Fundación

FECHA

2 junio 2026

MONTOYA IBAÑEZ CESAR AUGUSTO

Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 1081785383 de Fundación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1081785383
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CESAR AUGUSTO MONTOYA IBANEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FUNDACION DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MANZANA Ñ CASA 15 BARRIO	TELÉFONO: 4130804
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	1113865841	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2714475600

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200
SUBTOTAL:			1	\$ 280.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 218.900
SUBTOTAL:			1	\$ 218.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.200
SUBTOTAL:			1	\$ 9.200

VALOR SIN MORA:	\$ 508.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 508.300