



**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

DEL

Día	Mes	Año
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="2026"/>

 TOTAL DÍAS VALOR A COBRAR \$ PAGO No.
 AL

Día	Mes	Año
<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="2026"/>

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

ADICIÓN Y/O PRÓRROGA

FECHA DE INICIO ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 FECHA FIN ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 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 recibir 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	\$ 23.983.200,00	ACUMULADO	\$ 15.189.360,00	SALDO POR PAGAR	\$ 8.793.840,00
PAGO 01	\$ 799.440,00	PAGO 11	\$ -		
PAGO 02	\$ 4.796.640,00	PAGO 12	\$ -		
PAGO 03	\$ 4.796.640,00	PAGO 13	\$ -		
PAGO 04	\$ 4.796.640,00	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

27	4	2026
----	---	------

 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 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: SOLEDAD FECHA

27	4	2026
----	---	------



 Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 22.534.166 de SOLEDAD

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

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE:

La contratista SHIRLEY MARBEL CARRILLO BARRIOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 22.534.166 de Soledad en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO, vinculado mediante Contrato No. 1137 de 2026, ejecutó de las obligaciones contractuales correspondientes al período comprendido entre el 01 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 27 días del mes de ABRIL de 2026.



**FIRMA DEL SUPERVISOR
AMANDA LUZ HERNANDEZ VASQUEZ
C.C. 25.801.574
REGISTRADORA I.P**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22534166		CARRILLO BARRIOS SHIRLEY MARBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 21a #13 11	SOLEDAD-ATLANTICO	3240550	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipó	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	256511640	9502275599	I	2026/05/19	2026/04/27	NEQUI	0	\$557,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$307,000	\$0	\$0	\$307,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$307,000	\$0	\$0	\$307,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,100	\$0	\$0	\$10,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,100	\$0	\$0	\$10,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$239,900	\$0	\$0	\$239,900	
PROTEGER	CCFC55	901,543,211	6	1	\$239,900	\$0	\$0	\$239,900	
TOTAL				1	\$557,000	\$0	\$0	\$557,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 22534166		CARRILLO BARRIOS SHIRLEY MARBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 21a #13 11	SOLEDAD-ATLANTICO	3240550	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	256511640	9502275599	I	2026/05/19	2026/04/27	NEQUI	0	\$557,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0
1	CC 22534166	CARRILLO SHIRLEY	25-14	30	\$1,918,656	\$307,000	CCFC55	30	\$1,918,656	\$239,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,918,656	\$10,100	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22534166		CARRILLO BARRIOS SHIRLEY MARBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 21a #13 11	SOLEDAD-ATLANTICO	3240550	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	256511640	9502275599	I	2026/05/19	2026/04/27	NEQUI	0	\$557,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0
1	CC 22534166	CARRILLO SHIRLEY	Z5-14	30	\$1,918,656	\$307,000	CCFC55	30	\$1,918,656	\$239,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,918,656	\$10,100	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,918,656	\$307,000			\$1,918,656	\$239,900			\$0	\$0			\$1,918,656	\$10,100		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22534166		CARRILLO BARRIOS SHIRLEY MARBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 21a #13 11	SOLEDAD-ATLANTICO	3240550	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	256511640	9502275599	I	2026/05/19	2026/04/27	NEQUI	0	\$557,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$307,000	\$0	\$0	\$307,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$307,000	\$0	\$0	\$307,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,100	\$0	\$0	\$10,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,100	\$0	\$0	\$10,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$239,900	\$0	\$0	\$239,900	
PROTEGER	CCFC55	901,543,211	6	1	\$239,900	\$0	\$0	\$239,900	
TOTAL				1	\$557,000	\$0	\$0	\$557,000	