

 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		ZABALA ALVAREZ PAOLA CAROLINA			CÓDIGO ACTIVIDAD RUT		6910				
CEDULA No.		52886570		DE		Bogotá		CELULAR		3105884611	
E-MAIL PERSONAL		pcarolina.zabala@gmail.com				E-MAIL INSTITUCIONAL		paolac.zabala@supernotariado.gov.co			
ENTIDAD BANCARIA		BANCO DAVIVIENDA S.A.			No DE CUENTA		000570074617		C.A.	X	C.C.

DATOS DEL CONTRATO												
N°	808	AÑO	2026	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 42.436.560		HONORARIOS MENSUALES		\$ 5.304.570		
CDP N°		25526		FECHA CDP		15/01/2026		CRP N°		95326	FECHA CRP	22/01/2026
LUGAR DE EJECUCIÓN		CIUDAD:		Bogotá			DEPARTAMENTO:		Cundinamarca			
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	6	2026	TOTAL DÍAS	30	VALOR A COBRAR	\$ 5.304.570	PAGO No.	06
AL	30	6	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 TÉCNICA DE REGISTRO Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO A	
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	LUIS YOBANY ROBLES RUBIANO
CARGO DEL SUPERVISOR	Director Técnico de Registro

RELACIÓN DE PAGOS					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 42.436.560	ACUMULADO	\$ 28.114.221	SALDO POR PAGAR	\$ 14.322.339
PAGO 01		\$ 1.591.371	PAGO 11		\$ -
PAGO 02		\$ 5.304.570	PAGO 12		\$ -
PAGO 03		\$ 5.304.570	PAGO 13		\$ -
PAGO 04		\$ 5.304.570	PAGO 14		\$ -
PAGO 05		\$ 5.304.570	PAGO 15		\$ -
PAGO 06		\$ 5.304.570	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	\$ 265.229	FONDO DE PENSIÓN	\$ 339.493	ARL	\$ 11.076
TOTAL PAGO PLANILLA	\$ 615.798	PLANILLA DE PAGO No.	82370408		
FECHA DE PAGO PLANILLA	05/06/2026	PERIODO DE PLANILLA	06/2026	¿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:

Bogotá

FECHA

1 julio 2026

ZABALA ALVAREZ PAOLA CAROLINA

Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 52886570 de Bogotá

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52886570	PAOLA CAROLINA ZABALA ALVAREZ		CRA 64 No. 22 B 10 INT. 7 APT. 801	6953349	pcarolina.zabala@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82370408	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$3,184,000	\$943.400	

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	398.000	0		0		0	0	0	0	398.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	509.500	0	0	0	0	0	0		509.500	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	16.700				16.700	0	0	16.700			167	16.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	19.200	0	0	19.200	1

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	398.000	398.000
Pensión	1	509.500	509.500
Riesgos Laborales	1	16.700	16.700
CCF	1	19.200	19.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	943.400	943.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52886570	PAOLA CAROLINA ZABALA ALVAREZ		CRA 64 No. 22 B 10 INT. 7 APT. 801	6953349	pcarolina.zabala@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82370408	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$3,184,000	\$943.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52886570	ZABALA ALVAREZ PAOLA CAROLINA	59	0			N																25-14	3.184.000	30	509.500	0	0	0	0	EPS008	3.184.000	30	398.000	14-23	3.184.000	30	1	16.700	CCF24	3.184.000	30	19.200	0	0	0	0	0