

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 **ANA JUDITH BARRERA SALAMANCA** CÓDIGO ACTIVIDAD RUT **6910**
CEDULA No. **1057582405** DE **SOGAMOSO** CELULAR **3138711446**
E-MAIL PERSONAL **anjubarrera@gmail.com** E-MAIL INSTITUCIONAL **ana.barrera@supernotariado.gov.co**
ENTIDAD BANCARIA **BANCOLOMBIA** No DE CUENTA **35877527687** C.A. ☒ C.C. ☐

DATOS DEL CONTRATO

N° **958** AÑO **2026** VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ **58.187.520,00** HONORARIOS MENSUALES \$ **7.273.440,00**
INGRESE NÚMERO DE CONTRATO PARA CARGAR LOS DATOS CDP N° **32126** FECHA CDP **20/01/2026** CRP N° **107026** FECHA CRP **23/01/2026**
LUGAR DE EJECUCIÓN CIUDAD **TUNJA** DEPARTAMENTO **BOYACA**
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO **26/01/2026** FECHA FIN DEL CONTRATO **25/09/2026** TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO **8 MESES**

VALOR A COBRAR

SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO

DEL

Día	Mes	Año
1	6	2026

 TOTAL DÍAS **30** VALOR A COBRAR \$ **7.273.440,00** PAGO No. **6**
AL

Día	Mes	Año
30	6	2026

 ¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO? ☐ N° DE FACTURA

ADICIÓN Y/O PRÓRROGA

FECHA DE INICIO ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año

 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. Dependencia: DELEGADA DE TIERRAS Perfil: PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO C

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO
CARGO DEL SUPERVISOR

ODILMER DE JESÚS GUTIÉRREZ SERNA
ASESOR GRADO 11 CODIGO 1020

RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$	58.187.520,00	ACUMULADO	\$	37.579.440,00	SALDO POR PAGAR	\$	20.608.080,00
PAGO 01	\$	1.212.240,00	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	\$	7.273.440,00	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

EPS

Aporte: 12,5%
\$ 363.700

 FONDO DE PENSIÓN

Aporte: 16%
\$ 465.600

 ARL

Aporte: 0,522%
\$ 15.200

TOTAL PAGO PLANILLA \$ **844.500,00** PLANILLA DE PAGO No. **92746425**

FECHA DE PAGO PLANILLA

2	7	2026
----------	----------	-------------

 PERIODO DE PLANILLA **2026-06** ¿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 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	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 aplicará 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 aplicable		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:

TUNJA

FECHA

3 7 2026



Firma contratista

Cédula de ciudadanía N°

1057582405

de

SOGAMOSO

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1057582405	ANA JUDITH BARRERA SALAMANCA		CL 2 23-35 BARRIO SAN ANDRESITO	7721211	anju_bs@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	SOGAMOSO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92746425	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$844.500	

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	363.700	0		0		0	0	0	0	363.700	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	465,600	0	0	0	0	0	0		465,600	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	15.200				15.200	0	0	15.200			152	15.200	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	363.700	363.700
Pensión	1	465.600	465.600
Riesgos Laborales	1	15.200	15.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	844.500	844.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057582405	ANA JUDITH BARRERA SALAMANCA		CL 2 23-35 BARRIO SAN ANDRESITO	7721211	anju_bs@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	SOGAMOSO	
						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
		92746425	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$844.500	

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	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 1057582405	BARRERA SALAMANCA ANA JUDITH	59	0			N														25-14	2.909.376	30	465.600	0	0	0	0	EPS005	2.909.376	30	363.700	14-23	2.909.376	30	1	15.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0