

 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		SABOGAL AMAYA JAVIER			CÓDIGO ACTIVIDAD RUT		7112				
CEDULA No.		79498439		DE		Bogotá		CELULAR		3143634166	
E-MAIL PERSONAL		javier23082013@gmail.com.co				E-MAIL INSTITUCIONAL		javier.sabogal@supernotariado.gov.co			
ENTIDAD BANCARIA		BANCO DAVIVIENDA S.A.			No DE CUENTA		488414777117		C.A.	X	C.C.

DATOS DEL CONTRATO												
N°	1498	AÑO	2026	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 27.024.720		HONORARIOS MENSUALES		\$ 3.378.090		
CDP N°		50726		FECHA CDP		28/01/2026		CRP N°		173726	FECHA CRP	02/02/2026
LUGAR DE EJECUCIÓN		CIUDAD:		Bogotá			DEPARTAMENTO:		Cundinamarca			
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO		09/02/2026		FECHA FIN DEL CONTRATO		08/10/2026		TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO		7 meses y 27 días		

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

SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO										
DEL	Día	Mes	Año	TOTAL DÍAS	30	VALOR A COBRAR	\$ 3.378.090		PAGO No.	05
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. PERFIL: Técnico Administrativo Tipo B DEPENDENCIA: Dirección Administrativa y Financiera - Gestión Documental.									
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO					LEONEL EDGARDO RIVEROS DIAZ				
CARGO DEL SUPERVISOR					Asesor 1020-14, Coordinador Gestión Documental, Coordinador Unidad de GestiónCM				

RELACIÓN DE PAGOS											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 27.024.720		ACUMULADO		\$ 15.989.626		SALDO POR PAGAR		\$ 11.035.094	
PAGO 01				\$ 2.477.266		PAGO 11				\$ -	
PAGO 02				\$ 3.378.090		PAGO 12				\$ -	
PAGO 03				\$ 3.378.090		PAGO 13				\$ -	
PAGO 04				\$ 3.378.090		PAGO 14				\$ -	
PAGO 05				\$ 3.378.090		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.		92805065					
FECHA DE PAGO PLANILLA		19/06/2026		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

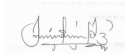
Nota: Se debe remitir anexos de deducibles únicamente para contratos que superen los \$6.000.000 mensuales

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:

Bogotá

FECHA

26 junio 2026



SABOGAL AMAYA JAVIER

Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 79498439 de Bogotá

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79498439	JAVIER SABOGAL AMAYA		CALLE 72B 82 20	3143634166	javier23082013@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
		92805065	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$508.300	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79498439	JAVIER SABOGAL AMAYA		CALLE 72B 82 20	3143634166	javier23082013@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
		92805065	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres						Cotizante	Subjeto	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TAE	TDE	TAP	UPP	VCT	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 79498439	SABOGAL AMAYA JAVIER						59	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EP5005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0