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	ROMERO DUPERLY			**CÓDIGO ACTIVIDAD RUT**	8299		
CEDULA No.	51854621	**DE**	Bogotá	**CELULAR**	3105525580		
E-MAIL PERSONAL	omarosa77@gmail.com			**E-MAIL INSTITUCIONAL**	duperly.romero@supernotariado.gov.co		
ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIBANK S.A.	**No DE CUENTA**	4742014448	**C.A.**	X	**C.C.**	

DATOS DEL CONTRATO

N°	421	**AÑO**	2026	**VALOR**	$ 27.024.720	**HONORARIOS**	$ 3.378.090		
CDP N°	22426	**FECHA CDP**	10/01/2026	**CRP N°**	65426	**FECHA CRP**	16/01/2026		
LUGAR DE EJECUCIÓN	**CIUDAD:**	Bogotá		**DEPARTAMENTO:**	Cundinamarca				
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	19/01/2026	**FECHA FIN DEL CONTRATO**	18/09/2026	**TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO**	7 meses y 30 días				

VALOR A COBRAR

SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año						
DEL	1	8	2026	**TOTAL DÍAS**	**30**	**VALOR A COBRAR**	**$ 3.378.090**	**PAGO No.**	**08**
AL	31	8	2026	**¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO?**	NO	**N° DE FACTURA**			

ADICIONES Y/O PRÓRROGAS

FECHA DE INICIO			NUEVA FECHA FIN			CDP N°	CRP N°	VALOR ADICIÓN
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			

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**	**$ 24.997.866**	**SALDO POR PAGAR**	**$ 2.026.854**

PAGO 01	$ 1.351.236	**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	$ 3.378.090	**PAGO 16**	$ -
PAGO 07	$ 3.378.090	**PAGO 17**	$ -
PAGO 08	$ 3.378.090	**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.**	94489228	
FECHA DE PAGO PLANILLA	24/08/2026	**PERIODO DE PLANILLA**	08/2026	**¿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 prácticada 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 septiembre 2026

ROMERO DUPERLY

Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 51854621 de Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51854621	DUPERLY ROMERO	CALLE 11 C BIS # 72A-87	8110587	omarosa77@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94489228	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51854621	DUPERLY ROMERO	CALLE 11 C BIS # 72A-87	8110587	omarosa77@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94489228	24/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	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	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	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 51854621	ROMERO DUPERLY	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Superintendencia de Notariado y Registro	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código:GF-FR-081
	PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES	Versión: 2
	FORMATO: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Fecha: 5/Ago./2026

SNR2026ER-250806-2

EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE:

El(la) contratista DUPERLY ROMERO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 51854621 de BOGOTA, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO, vinculado(a) mediante Contrato No. 421 de 2026, ejecutó de las obligaciones contractuales correspondientes al período comprendido entre el 1 de agosto de 2026 y el 30 de agosto de 2026, de conformidad con el objeto contractual y las obligaciones pactadas en el contrato, 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 II de 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 AGOSTO 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, y sirve como soporte para el trámite de la cuenta de cobro del contratista, el **2 de septiembre de 2026**.



LEONEL EDGARDO RIVEROS DIAZ
Asesor 1020-11, Coordinador Gestión Documental, Coordinador Unidad de GestiónCM
Dirección Administrativa y Financiera

Documento Firmado Electrónicamente

Superintendencia de Notariado y Registro	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código:GF-FR-081
	PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES	Versión: 2
	FORMATO: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Fecha: 5/Ago./2026