LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DEL MINISTERIO DE CULTURA

CERTIFICA QUE

LEIDY ARAMINTA SAENZ AMADO, identificado con **CC** No. **1049617673**, cumplió a satisfacción técnica, administrativa, financiera y jurídicamente con el objeto y las obligaciones del contrato de **CONTRATACION DIRECTA - CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN No. 4417/2021**, en la forma y oportunidad pactadas.

En caso que se haya generado un pago anterior en virtud del contrato, CERTIFICO que el informe de ejecución correspondiente a dicho periodo se encuentra publicado en SECOP II.(1)

Por lo anterior, se genera registro de reevaluación al proveedor donde autoriza cancelar la suma de **$ 1.943.000,00 "UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS M/Cte.";** correspondientes al **Primer Pago** y tras previa verificación del cumplimiento de sus obligaciones con los sistemas de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos profesionales) y parafiscales.

Afecta los siguientes usos presupuestales:

No. COMPROMISO	RUBRO	USO	VALOR
805021	C-3302-1603-10-0-3302024-02	A-02-02-02-008-003-09	$1.943.000,00
T O T A L			**$1.943.000,00**

Se expide en Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de septiembre de 2021

DIANA PATRICIA MONTENEGRO BELTRAN
COORDINADOR(A) GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
Supervisor

(1) Solo aplica para contratos que están publicados en SECOP II

MINISTERIO DE CULTURA
INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO No.: 4417 de 2021

PERIODO DEL INFORME: 17 de septiembre de 2021 al 30 de septiembre de 2021

VIGENCIA DEL CONTRATO: 17 de septiembre de 2021 al 31 de diciembre de 2021

CONTRATISTA: LEIDY ARAMINTA SAENZ AMADO

OBJETO: *PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REVISAR, ANALIZAR Y REGISTRAR LOS CONTRATOS, CONVENIOS Y CONVOCATORIAS EN SIIF SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA EN LA ETAPA PRESUPUESTAL DEL MINISTERIO DE CULTURA.*

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA EL PERIODO EN MENCIÓN

Para el cumplimiento del objeto del contrato desarrolle las siguientes actividades acorde con el contrato en mención:

No.	Tipo	Obligación	Actividad	Porcentaje Avance	Soporte
1		1. Apoyar al Grupo de Gestión Financiera y Contable en todas las actividades relacionadas con el manejo del presupuesto del Ministerio de Cultura.	Registro información de terceros en base de datos, según documentos que reposan en la AZDigital.	100%	RESOLUCIONES PARA VERIFICAR
2		2. Revisar y verificar la documentación de cada tercero para realizar el registro presupuestal con cargo al presupuesto del Ministerio.	Se realizo revisión y verificación de documentación de cada tercero de las Resoluciones 1385, 1274, 1350,1390,1391, 1425 frente a los archivos de la AZDigital.	100%	RESOLUCIONES PARA VERIFICAR
3		3. Elaborar las cuentas por pagar y las obligaciones en el SIIF Sistema Integrado de Información Financiera del Ministerio de Cultura, verificando la vigencia, legalidad y consistencia de los documentos anexos a las cuentas para su correspondiente pago.	Registro de obligaciones en el SIIF, correspondientes a la Resolución 1274	100%	https://portal2.siifnacion.gov.co/dana-na/auth/url_39/welcome.cgi
4		4. Revisar que los impuestos aplicados en cada una de las obligaciones cumplan con la normatividad vigente.	No aplica	0%	
5		5. Apoyar las actividades de cierre de la vigencia y su programación, relacionadas con la Gestión Contable y Financiera del Ministerio de Cultura.	No aplica	0%	
6		6. Ingresar en el gestor documental AZ DIGITAL los compromisos, obligaciones y órdenes de pago elaboradas en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.	Se carga las obligaciones realizadas en SIIF a la AZDigital	100%	https://gestiondoc.etb.net.co/Instancias/MinculturaProduccion/AZDigitalV5.0/Login/Login.php?Salir=Ok
7		7. Las demás que se requieran para la debida ejecución del objeto del contrato..	Se apoya en la foliación, organización y hoja de control del archivo correspondiente a los meses julio, septiembre 2017, febrero, marzo, abril, octubre 2018.	100%	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cBzITqRaPUPL8V21syo5xHl503aPoUnc/edit#gid=1816423354 / https://docs.google.com/spreadsheets/d/1VEaz7mccbD9dsn6PQxD7jgfRtxqRXTVc/edit#gid=504436902

Fecha de Entrega: 30/09/2021

MINISTERIO DE CULTURA
INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES ADICIONALES

No.	Actividad

Cordial saludo,

En mi calidad de contratista me comprometo a publicar el presente informe y la certificación de cumplimiento en el SECOP II dentro de los 3 días hábiles siguientes a la aprobación del mismo.(1)



LEIDY ARAMINTA SAENZ AMADO
CONTRATISTA
CC 1049617673



Vo. Bo.: **DIANA PATRICIA MONTENEGRO BELTRAN**
COORDINADOR(A) GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE
Ministerio de Cultura
Supervisor

(1) Solo aplica para contratos que están publicados en SECOP II

Fecha de Entrega: 30/09/2021

FORMATO 1

INFORMACION CLASIFICACION CEDULAR
LEY 1819 DE 2016

Yo, Leidy Araminta Sáenz Amado identificada con documento de identidad No.1.049.617.673 de Tunja y contrato de prestación de servicios **No. 4417-2021** en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016, de manera libre y espontánea bajo gravedad de juramento, manifiesto que:

1. Soy residente nacional, en concordancia al cumplimiento del artículo 10 del estatuto tributario.

   SI [x] NO [ ]

2. Los ingresos percibidos en la vigencia anterior 2020, provienen en un 80% o más de la prestación de manera personal en desarrollo de una profesión liberal o de servicios técnicos.

   SI [x] NO [ ]

3. Durante el año 2020 contraté o vinculé por al menos 90 días continuos o discontinuos, 2 o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad.

   SI [ ] NO [x]

4. Mis ingresos durante el año 2020 fueron superiores a 1.400 UVT ($49.849.800) y/o mi patrimonio bruto fue superior a 4.500 UVT ($160.232.500)

   SI [ ] NO [x]

5. Actualmente cuento con alguno de los beneficios relacionados a continuación y me permito adjuntar el respectivo documento soporte del mismo, en concordancia al cumplimiento del artículo 387 del estatuto tributario.

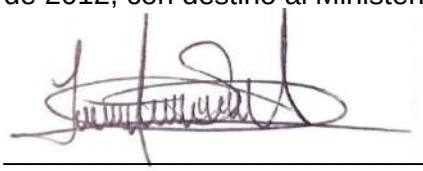
➢ Dependientes económicos	Sí	[x]	No	[ ]
➢ Planes de salud adicional o medicina preparada	Sí	[ ]	No	[x]
➢ Intereses créditos educativos ICETEX	Sí	[ ]	No	[x]
➢ Intereses créditos hipotecarios	Sí	[ ]	No	[x]
➢ Ahorro en cuentas AFC	Sí	[ ]	No	[x]
➢ Ahorro de pensiones voluntarias	Sí	[ ]	No	[x]

6. Solicito incrementar de forma voluntaria la tarifa de retención en la fuente aplicada mensualmente a los pagos que serán realizados por parte del Ministerio de Cultura, en concordancia al parágrafo 3 del artículo 383 del estatuto tributario y teniendo en cuenta que el valor descontado por concepto de retención en la fuente es el anticipo del impuesto de renta para el año gravable 2021 a declarar el año siguiente.

SI [ ] NO [x]

Valor $ 1.943.000

Esta declaración la hago a los 30 días del mes de septiembre del año **2021**, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino al Ministerio de Cultura, para que surta los efectos legales.



Firma
Nombre: Leidy Araminta Sáenz Amado
No. de identificación: 1.049.617.673
Dirección: Cra 105f 67f 09
Teléfono: 3214262822

FORMATO 2

INFORMACION PERSONAS DEPENDIENTES A CARGO:

CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Yo, Leidy Araminta Sáenz Amado identificada con C.C. No. 1.049.617.673, contratista del Ministerio de Cultura con Contrato No. **4417-2021**, en cumplimiento a lo dispuesto en el parágrafo 3º- del Decreto 099 de 2013, de manera libre y espontánea, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que:

En la actualidad los dependientes a mi cargo son los que a continuación se relacionan:

1. **HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE MIS INGRESOS:**

Nombre Completo	Identificación
Danna Salome Suárez Sáenz	**1050629628**

DOCUMENTO SOPORTE: Registro civil de nacimiento.

2. **HIJOS ENTRE 18 Y 23 AÑOS QUE ESTUDIAN CON MIS INGRESOS:**

Nombre completo	**Identificación**	**Institución Educativa** (certificada por ICFES o autoridad oficial correspondiente)	**Grado escolar /Carrera/Programa Técnico**

DOCUMENTO SOPORTE: Certificación expedida por la entidad educativa en instituciones formales de educación superior certificada por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, en la que conste que se encuentra matriculado con fecha de expedición no mayor a treinta días. Copia de registro civil de nacimiento.

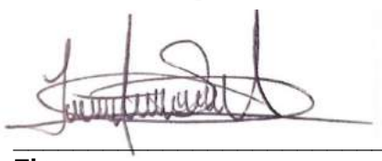
3. **CÓNYUGE O COMPAÑERO/A PERMANENTE, PADRES, HERMANOS QUE DEPENDEN DE MIS INGRESOS POR AUSENCIA DE INGRESOS, O INGRESOS EN EL AÑO MENORES A DOSCIENTOS SESENTA (260) UVT, O POR FACTORES FISICOS O PSICOLOGICOS, E HIJOS MAYORES DE 18 CON DEPENDENCIA ECONOMICA POR FACTORES FISICOS O PSICOLOGICOS**

Nombre completo	Identificación	Edad	Parentesco

DOCUMENTO SOPORTE: Certificación expedida por un contador público anexo el certificado vigente expedido por la Junta Central de Contadores y Copia de la Tarjeta Profesional, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por **Medicina Legal**.

Es mi responsabilidad informar al Ministerio de Cultura Grupo de Gestión Financiera y Contable, sobre cualquier novedad respecto al cambio de las condiciones que dieron origen a este beneficio tributario, para realizar los ajustes correspondientes.

Se firma en Bogotá, D.C. el día 30 del mes de septiembre del año 2021.



_____

Firma
Nombre: Leidy Araminta Sáenz Amado
No. de identificación: 1.049.617.673

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 09/02/21

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ]; B. Independiente [X]; C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: SAENZ; Segundo Apellido: AMADO; Primer Nombre: JEIDY; Segundo Nombre: ARAMINTA
7. Tipo de documento de identidad: RC
8. Número de documento de identidad: 1.049.617.673
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 01/01/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA
16. Administradora de pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.600.000
18. Residencia: Dirección: CRA 105F - 67F - 09; Teléfono fijo: 3214726822; Teléfono celular:
Correo electrónico: leidysaenz20@gmail.com; Municipio / Distrito: bogota; Zona Urbana [X] Rural [ ]; Localidad / Comuna: engativa; Departamento: (Bogotá D.C.)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.		1066
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección; Teléfono; Correo electrónico; Municipio / Distrito; Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad; Número de documento de identidad; Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]; Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Fecha (D D M M A A A A)
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

1049.617.673

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] Pa[illegible] [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia [illegible] [ ]
62. Do[illegible] que conste la pérdida de la patria potes[illegible] certificado de defunción de los padres, o declaración [illegible] sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia [illegible] autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Cer[illegible] afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia [illegible] competentes en la que conste la ca[illegible]

08 SEP 2021

CC[illegible] Yuly Amparo Romero Rodriguez

SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)
69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad; Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte en sep/pago en oct/mov de rel con operador de pago/ Pc en ON BASE

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SAENZ AMADO LEIDY ARAMINTA** identificado(a) con **CC** número **1.049.617.673** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de septiembre de 2021.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202109081429

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **08/09/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LEIDY ARAMINTA SAENZ AMADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1049617673**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488413430346**
Fecha de apertura	**16/02/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1050629628

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55279228

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D 6 N

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOYACÁ - TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	SAENZ

Nombre(s): DANNA SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes SEP Día 12	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - BOYACÁ - TUNJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13551869-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SAENZ AMADO LEIDY ARAMINTA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.049.617.673	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ MOLINA ALVARO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.049.610.992	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ MOLINA ALVARO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.049.610.992	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes OCT Día 04	CRISANTO VARGAS ROJAS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

La cultura es de todos · Mincultura	**INFORMACIÓN FINANCIERA PARA PAGOS** ☐ Público ☒ Clasificado ☐ Reservado	Página **1** de **1** **Código:** F-GFC-096 **Versión:** 1 **Fecha:** 20/Ago/2021

Señores
Ministerio de Cultura
Fecha: Bogotá, 30 de septiembre de 2021
Ciudad

De acuerdo con lo establecido por el SIIF Nación, en el procedimiento para el *Pago a beneficiario final*, me permito informar que para el pago de las obligaciones a mi favor se realizarán de acuerdo con la certificación adjunta y los siguientes datos:

Entidad bancaria __ BANCO DAVIVIENDA

Número de cuenta bancaria __0550488413430346

Tipo de Cuenta: Ahorros __X Corriente _____

Dejó constancia que estos datos son reales y me hago responsable de las consignaciones que se efectúen al número y tipo de cuenta arriba relacionado y me comprometo a actualizar e informar de forma escrita al Supervisor las respectivas novedades oportunamente.

INFORMACION PARA PERSONA JURIDICA

No. Identificación: _____ C.C. ☐ NIT ☐ C.E. ☐ PASAPORTE ☐

Privada ☐ Publica ☐ Mixta ☐ Resguardo ☐

Código Consolidación CGN _____ *Nombre de la entidad Inscrita ante la CGN _____

Nota: El código de consolidación y el nombre de la entidad inscrita ante la CGN no aplica para organizaciones privadas.

Cordialmente,



Firma Contratista o Representante Legal _____

Nombre o razón Social __Leidy Araminta Sáenz Amado

No. Documento de identificación__1.049.617.673

Anexo: Certificación Bancaría

Autorizo al Ministerio de Cultura para dar tratamiento de mis datos personales aquí registrados, conforme a la Ley 1581 de 2012 y a la Política de Tratamiento de Datos Personales, con la finalidad de efectuar las funciones propias y procedentes de la Entidad. Consulte nuestra política de tratamiento en la página www.mincultura.gov.co

*** CGN: Contaduría General de la Nación**