	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS	PÁGINA: 1 DE 1
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FO-05
	CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN: 16

Clasificación de la información: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐ Fecha de aprobación: 24/01/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	HERNANDEZ ORDOÑEZ				
NOMBRES	ANA MARIA				
CÉDULA	1.075.220.736				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MOCOA	UBICACIÓN	DIRECCIÓN_TERRITORIAL	DT. PUTUMAYO	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	2.561	VALOR TOTAL	$	77.396.800,00		CDP	10124	RP		773024
VIGENCIA	2.024	DESDE	8	MAY	2.024	HASTA	31	DIC		2.024
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES									

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?		DESDE				HASTA			
VALOR ADICIÓN		REDUCCIÓN				VALOR			
¿CESIÓN? No.	CEDENTE	FECHA				VALOR CESIÓN			
	CESIONARIO	DESDE							
¿SUSPENSIÓN?		DESDE				HASTA			
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA							

INFORMACION PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	1	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	$ 3.869.840,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 9.674.600,00	NUMERO DE FACTURA	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)	$ -	BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 9.674.600,00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 619.174		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 483.730		
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 20.200		
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
NOMBRE EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES: 2

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1705-1100-7-10306A-1705009-02 Recopilar los documentos y pruebas técnicas necesarias, en la definición de mérito o no para ingresar las solicitudes en el Registro de Tierras para Despojadas y Abandonadas - RTDAF.	50,00%	$ 4.837.300,00
C-1705-1100-7-10306A-1705009-02 Realizar análisis previo y estudio para determinar el ingreso o no al Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas.	50,00%	$ 4.837.300,00
TOTALES	100,00%	$ 9.674.600,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS	No. CTA	0570001970207492

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1° Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.

2° En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

3° De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del artículo 3.2.7.6 PLAZOS; manifiesto que en caso de presentar la cuenta de cobro de manera extemporánea y de acuerdo a la circular interna del GGEF donde se indican las fechas para radicación de cuentas, seré responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar

4° De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán lo devengado al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA.

FIRMA: ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GC-FO-15 INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓÑN SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) (según corresponda), el cual será remitido en original a Gestión Documental para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo el pago.

N° DE SUPERVISORES	NOMBRE	DIANA SILVA MONTEALEGRE	CARGO / ROL	DIRECTORA TERRITORIAL	DEPENDENCIA	DT. PUTUMAYO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

FIRMA: DIANA SILVA MONTEALEGRE

FIRMA

Si usted copia o imprime este documento,la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre el Sistema de Información Strategos

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	1075220736	ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ	barrio el centro	3102771115	annamarya69@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		PUTUMAYO	PUERTO ASÍS		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	15/05/2024	77121635	$1.151.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	484.000	0		0		0	5	2.000	0	486.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	619.600	0	0	0	0	5	2.500	0	622.100	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	20.300				20.300	5	100	20.400			203	20.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	23.300	5	100	23.400	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				

JOHN D. ORDOÑEZ
17/05/24

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	484.000	486.000
Pensión	1	619.600	622.100
Riesgos Laborales	1	20.300	20.400
CCF	1	23.300	23.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.147.200	1.151.900

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
CC	1075220736	ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ		barrio el centro	3102771115	annamarya69@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			PUTUMAYO	PUERTO ASÍS	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	15/05/2024	77121635	$1.151.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1075220736	HERNANDEZ ORDONEZ ANA MARIA	59	0			N																	230301	3.872.000	619.600	0	0	0	0	EPS037	3.872.000	484.000	14-23	3.872.000	1	20.300	CCF63	3.872.000	23.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Portal Empresas Portal de Independientes



Inicio / Consulta Pago de Aportes

Consulta Pago de Aportes

La consulta está únicamente disponible para el tipo de planilla I - Planilla de Independientes, con el fin de verificar el pago, la consulta se permite realizar para planillas pagadas en los últimos 12 meses, suministrando a continuación los datos que la persona le ha indicado.

Tipo de documento*

CC-Cédula de Ciudadanía

Número de documento*

1075220736

Número de planilla*

77121635

Valor Planilla*

1151900

Periodo de pago salud*

Mes* Abril

Año* 2024

Fecha de pago de la planilla*

05/15/2024

Regresar Consultar

Aporte	Entidad	Periodo
Riesgos	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2024
Pension	Porvenir	Abril - 2024
Cajas	Comfamiliar Putumayo Caja de Compensacion Fliar	Abril - 2024
Salud	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	Abril - 2024



Redes de Pago | **Fechas de Pago**

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1075220736 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/05/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS-MOCOA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de mayo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.220.736**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ** identificado con **CC** No. **1075220736**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTION DE RESTITUCION DE TIERRAS DESPOJADAS - NI. 900498879	**Fecha de inicio de cobertura:** 08/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 08/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015320106.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

FORMATO DEDUCIBLE POR DEPENDIENTES (BENEFICIOS TRIBUTARIOS)

CERTIFICACIÓN:

Yo, **ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ,** identificado (a) con C.C. (X) o C.E. ( ) No. 1.075.220.736 expedida en NEIVA con domicilio principal en la ciudad de MOCOA contrato No. 2561-2024 en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013 y Decreto 1070 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la siguiente persona se encuentran a mi cargo y en consecuencia depende económicamente de mí:

Nombres y apellidos	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Calidad del Dependiente
SARA ISABEL PEREA HERNANDEZ	TI 1123309933	06-OCT-2012	HIJA

NOTA: Relacione solo (1) uno de sus dependientes de acuerdo con lo definido en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario.

ANEXO:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.
   - Registro civil de nacimiento

2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
   - Certificado de estudios vigente o recibo de matrícula vigente
   - Registro civil de nacimiento

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   - Copia de la cedula del dependiente
   - Certificado de medicina legal o EPS.

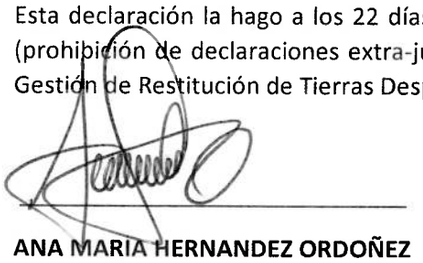
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   - Copia de la cédula del dependiente
   - Certificado anual del contador público y el certificado de antecedentes disciplinarios vigente.
   - O Certificado de medicina legal o EPS. (según corresponda)

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   - Copia de la cédula del dependiente
   - Certificado anual del contador público y el certificado de antecedentes disciplinarios vigente.
   - O Certificado de medicina legal o EPS. (según corresponda).

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente, igualmente y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar el beneficio obtenido.

La anterior afirmación para optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias.

Esta declaración la hago a los 22 días del mes MAYO del año 2024, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra-juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino a la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas - UAEGRTD, para que surta los efectos legales.



ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ

CC 1.075.220.736

NUIP 1.123.309.933

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52120547

547

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 8 X

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

REGISTRADURIA DE PUERTO ASIS - COLOMBIA - PUTUMAYO - PUERTO ASIS

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREA	HERNANDEZ

Nombre(s)

SARA ISABEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes OCT Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11238906-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ORDOÑEZ ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.220.736	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREA GOMEZ CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 5.820.236	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREA GOMEZ CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 5.820.236	

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 2012 Mes OCT Día 10	ALEXANDER RODRIGUEZ RUBIANO - REG Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LA PRESENTE FOTOCOPIA ES TOMADA DEL ORIGINAL DE LOS ARCHIVOS QUE REPOSAN EN ESTA OFICINA
VALIDO SIN SELLO SEGÚN ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995

DADO EN PUERTO ASIS EL: 11 NOV 2014

Registrador Municipal de Puerto Asis

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14899039993

(415)7707212489984(8020) 000001489903999 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 5 2 2 0 7 3 6	1	Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 5 2 2 0 7 3 6	2 0 0 5 0 5 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	ORDOÑEZ	ANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal: CR 14 14 02 BRR HUASIPANGA

42. Correo electrónico: annamarya69@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 7 7 1 1 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 0 9 0 8 0 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 27 / 10 : 45: 49

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ ORDOÑEZ ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 21-05-2024 10:06:03AM

	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS	PÁGINA:
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FO-09
	SOLICITUD DE INFORMACIÓN PERSONAL Y TRIBUTARIA PERSONA NATURAL	VERSIÓN: 5

Clasificación de la información: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐ **Fecha de aprobación**. 20/12/2022

REGISTRO EN EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA SIIF. Para dar cumplimiento a las Normas Tributarias Nacionales y Distritales, las cuales establecen el sistema de retenciones en el impuesto de IVA, Retención en la Fuente e Industria y Comercio, le solicitamos suministrar la siguiente información:

INFORMACIÓN GENERAL					
NOMBRES Y APELLIDOS	ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ			EXTRANJERO	NO
TIPO DE DOCUMENTO	CÉDULA DE CIUDADANIA	N° DOCUMENTO	1075220736	TELÉFONO FIJO/CELULAR	3.102.771.115
DIRECCIÓN	CRA 14 14 02 BRR HUASIPANGA			CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	MOCOA
PROFESIÓN	ABOGADA			N° MATRÍCULA PROFESIONAL	208428 DEL CSJ
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL PARA ENVÍO DE NOTIFICACIONES	annamarya69@hotmail.com				

INFORMACIÓN BANCARIA			
ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA	0570001970207492		
ANA MARIA HERNANDEZ ORDOÑEZ CERTIFICA QUE LA CUENTA BANCARIA RELACIONADA SE ENCUENTRA ACTIVA			

INFORMACIÓN TRIBUTARIA					
NIT	1075220736	DÍGITO DE VERIFICACIÓN	1	RÉGIMEN AL QUE PERTENECE	NO RESPONSABLE DE IVA
¿ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO?	NO			¿PRESENTA DECLARACIÓN DE RENTA?	SI
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU (*)	6910			CÓDIGO ACTIVIDAD SECUNDARIA	
DIRECCIÓN REPORTADA EN EL RUT	CRA 14 14 02 BRR HUASIPANGA			CÓDIGO POSTAL	860001
TIPO DE FACTURA				No RESOLUCIÓN FACTURACIÓN	
				FECHA DE VENCIMIENTO RESOLUCIÓN	

FIRMA

MOCOA, 24 DE MAYO DE 2024
CIUDAD Y FECHA

Nota : El código de actividad CIIU debe estar relacionado con el Objeto del Contrato.

Si usted copia o imprime este documento, la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte el Sistema de Información Strategos