ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA 1 de 1	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	2024-2606	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DE ESQUEMAS, METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS COMPONENTES INSTITUCIONALES EN EL CONTEXTO DE COMPETENCIAS							
CONTRATISTA	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNÁNDEZ					CÉDULA O NIT	14,696,934	
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A					CÉDULA O NIT	N/A	
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (Fecha en la que se cumple el plazo de ejecución)			CUOTA ACTUAL	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍAS	DÍAS
	22	OCTUBRE	2024	21	ENERO	2025	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑ RÉGIMEN COMÚN ☐ RÉGIMEN SIMPLIFICADO ☐ ORDEN ☐ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ N/A							

2. DATOS PARA EL PAGO

		CONTRATO				ADICIÓN (Si se han hecho)	ADICIÓN (Si se han hecho)
VALOR TOTAL	$	$ 25,200,000					
IVA TOTAL INCLUIDO		N/A					
REGISTRO PRESUPUESTAL		NUMERO	2024004062	FECHA	22/10/2024	NUMERO: FECHA:	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL		02301174104202400410403 4					
CONCEPTO DEL RUBRO		Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C.					
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$	$ 2,520,000					

NÚMERO DEL PAGO	1	PERIODO DEL PAGO:	DEL 22 AL30 DE OCTUBRE DE 2024	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 2,520,000	PAC PROGRAMADO PARA:	DICIEMBRE	
SALDO DEL CONTRATO	$ 22,680,000	VALOR:	2,520,000	
FACTURAS No.	N/A			
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☑ SI ☐ NO ☑ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO	☐ SI ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☐ NO	
FORMA DE PAGO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($8.400.000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.			

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0104/41040340041	Sedes de Infraestructura social dotadas	100.00%	2,520,000
TOTAL			2,520,000

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307973-1	4201 02	Gestion del Conocimiento e Innovación	$ 2,520,000

* EN CASO DE REQUERIR MAS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE LOS APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor)	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	N/A	FAMISANAR	N/A	N/A	Sí:_X__ No:__	DAVIVIENDA INTERESES CRÉDITO HIPOTECARIO	$ 1,704,964
						MEDICINA PREPAGADA	$ 335,927
						DAVIVIENDA FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES	$ 629,930

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaran en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día 2 del mes de DICIEMBRE del año 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: FABIÁN ANDRÉS CORREA ALVAREZ	NOMBRE:
C.C.: 7718455 TELF: 3779997	C.C.: TELF:
CARGO: JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	CARGO O No. DE CONTRATO:

CONTRATO No. 2606- /2024

INFORME No. 01

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 21 Y EL 31 DE OCTUBRE DE 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA -RUBÉN DARÍO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ-

SUPERVISOR DEL CONTRATO: -FABIÁN ANDRÉS CORREA

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	1. Apoyar desde la Oficina Asesora de Planeación en la identificación y documentación de brechas organizacionales y oportunidades de mejoras asociadas a los procesos y gestiones institucionales.	En la vigencia se adelantó la revisión de los lineamientos distritales para su incorporación del plan de cumplimiento normativo	• Lineamientos distritales revisados para ajuste, adaptación e incorporación
2	2. Acompañar desde la Oficina Asesora de Planeación la formulación e implementación de lineamientos y mejoras orientadas a optimizar la gestión institucional.	Durante el periodo se adelantó el diseño del borrador de procedimiento con el flujo correspondiente para la optimización del diseño y formalización de informes de gestión institucional	• Primera versión del instrumento desarrollado con base en la metodología establecida
3	3. Aportar desde la Oficina Asesora de Planeación en la definición y adopción de herramientas que propendan por modernización del componente funcional de las distintas áreas y procesos del Instituto.	En la vigencia se diseñó y presentó propuesta de lineamientos metodológicos para la implementación del plan de cumplimiento normativo institucional	• Propuesta de lineamientos metodológicos
4	4. Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación en la elaboración metodológica de estrategias para el seguimiento y ejecución de Planes, Proyectos, Programas e Iniciativas del IDIPRON.	Durante el periodo se adelantó la revisión de propuesta de acto administrativo del modelo de gestión jurídica para su armonización con los lineamientos de cumplimiento normativo	• Acto administrativo revisado y armonizado con los lineamientos metodológicos
5	5. Asistir a las reuniones, comités, diferentes mesas de trabajo y demás actividades que le sean asignadas por el supervisor.	No se realizaron requerimientos sobre esta obligación en el periodo	• NA
6	6.El contratista se obliga con el IDIPRON a realizar entrega de un informe final de todas las actividades realizadas durante la ejecución del contrato, previa aprobación del supervisor.	No se adelantaron acciones relacionada con esta obligación	NA

7	7. Las demás inherentes al objeto y naturaleza del contrato	No se requirieron en el periodo gestiones respecto a esta obligación	NA

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	900.000	Octubre de 2024
PENSIÓN	1.224.0000	Octubre de 2024
ARP	75.200	Octubre de 2024

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01 DE NOVIEMBRE DE 2024

FABIÁN ANDRÉS CORREA JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	RUBÉN D. GONZÁLEZ H. CC 14.696.934

Nombre apoyo a la Supervisión: Indicar si aplica y diligenciar el campo
Cargo: Indicar si aplica y diligenciar el campo
Vo Bo Apoyo a la supervisión Indicar si aplica y diligenciar el campo

Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

CRTIFICACIÓN PARA DISMINUCIÓN BASE GRAVABLE AÑO 2023

Bajo la gravedad de Juramento certifico que, para la ejecución del contrato relacionado en la parte inferior, **NO___ SI ___X__ SOY DECLARANTE,** según lo estipulado en el artículo 14 de la Ley 1607 de 2012, parágrafo 3, esta certificación se firma con el propósito de disminuir la base gravable para efectosde la liquidación de Impuestos liquidados en el área de Contabilidad.

Nombre	Rubén Darío Gonzalez Hernández		**No. de Identificación**	14.696.934	
¿Responsable de Iva?	**Si (Anexar-Factura)**		**¿Pensionado?**	**Si (Anexar-Resolución)**	
	No	**X**		**No**	**X**

Si sus ingresos en el año 2022 fueron iguales o mayores a $ 133.014.000, (3500 UVT) debe registrarse como **responsable de Iva** a partir del 01 de enero del Año 2023.

Si usted es un contratista del estado el tope de ingresos se amplía un poco conforme lo señala el parágrafo 5 del art 437-2 del Estatuto Tributario: "Los límites de que trata el parágrafo 3 de este artículo será 4000 UVT para aquellos prestadores de servicios personas naturales que derivan sus ingresos de contratos con el Estado." Que para el 2022 serian $152.016.000.

Si tiene contratos con otras empresas o entidades en el transcurso del año, se solicita diligenciar el siguiente cuadro.

CONCEPTO	VALOR PAGO MENSUAL
NA	NA
TOTAL	

De acuerdo a la ley 2277 de 2022 artículo 8, que modifica el artículo 383 del Estatuto Tributario parágrafo 2°, 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.Así mismo, de existir alguna modificación a esta certificación en la ejecución del contrato, debe actualizarla y enviarla al área de contabilidad.

¿Cuenta actualmente con trabajadores asociados a la actividad?	**SI**		**¿Cuantos?:**		**NO**	**X**

INFORMACIÓN APORTADA

CONCEPTO	DATOS CONTRATO IDIPRON			
Entidad				IDIPRON
Número de contrato				2606/2024
Valor de Ingreso mensual				$8.400.000
Cancela Fondo Solidaridad Pensional	**SI**		**NO**	**X**
Cancela Medicina prepagada (*) (*año anterior)*	**SI**	X	**NO**	
Tiene Dependientes (ver articulo 387 ley 1607 / 2012 (**))	**SI**	X	**NO**	
Cuenta AFC (Ahorro Fomento a la Construcción)	**SI**	X	**NO**	
Intereses por crédito Hipotecario (***) (*año anterior)*	**SI**	X	**NO**	

(*) Debe anexar documento que soporte el pago.
(**) Debe anexar certificación y copia de registro civil.
(***) Debe anexar certificación de intereses hipotecarios.

La presente se expide a los 22 días del mes de octubre de 2024 en la ciudad de Bogotá, y en constancia de loanterior, certifico bajo la gravedad de juramento con mi firma y número de identificación, que la información relacionada es verídica.

Firma Contratista	
Documento de identidad	CC 14.696.934 de Palmira Valle
Dirección	TV 6 # 3 - 86
No. de teléfono y celular	3183061614

Este documento solo se requiere en el Primer pago. **Gestión Contable.**

Bogotá D.C., 22 de octubre de 2024

Señores: Instituto para la protección de la niñez y la juventud

IDIPRON

ASUNTO: Certificación Dependientes

Yo **Rubén Darío González Hernández**, identificado con C.C 14.696.934 de Palmira -Valle, presto los servicios a la entidad en cumplimiento del contrato de prestación de servicios 1212/2024, declaro bajo la **GRAVEDAD DE JURAMENTO,** que tengo a mi cargo a mis hijos: Natalia Andrea González Gómez y Nicolás Andrés González Gómez identificados con Registros Civiles número 1031811064 y 1031820652 respectivamente de los cuales anexo fotocopias.

Lo anterior con el fin de solicitar se tenga en cuenta para el descuento por concepto de dependientes, para efectos de retención en la fuente aplicada a mis pagos, según lo establecido en la ley 1607 de 2012 y el Decreto 099 de 2013.

Cordialmente



Ruben Darío González Hernández

C.C 14.696.934

Teléfono: 3183061614

Anexo: (2) Folios

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1031811064

Indicativo Serial 41170113

COPIA GENERAL DE LA NACIÓN

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 59 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1067

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	GOMEZ

Nombre(s)

NATALIA ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes JUL Día 26	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 8136047

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GOMEZ LOPEZ GLADYS ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52,801,349	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 14,696,934	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 14,696,934	

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 2007 Mes AGO Día 02	SIMON RIBON GONZALEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario encargado
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

* PRIMERA COPIA EXPEDIDA POR LA DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL *

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de 1971, artículo 2o.)

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
	

HUELLAS DIGITALES

INDICE IZQUIERDO	INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1031820652

Indicativo serial 43942629

43942629

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 58 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1067

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	GOMEZ

Nombre(s)

NICOLAS ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ENE Día 09	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52253412-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GOMEZ LOPEZ GLADYS ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
52801349 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
14696934 PALMIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
14696934 PALMIRA	

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 2010 Mes ENE Día 16	ARLEZ YESID ROJAS MARTINEZ
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

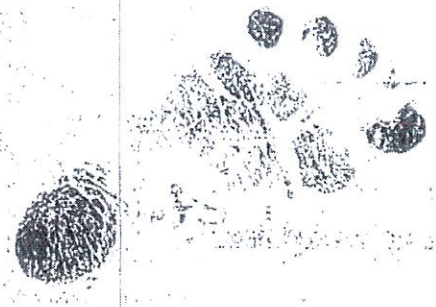
- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

PAOLA ANDREA MALAGON BELTRAN

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma. (Decreto 1873 de 1971, artículo 2o.).

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
	

HUELLAS DIGITALES

ÍNDICE IZQUIERDO	ÍNDICE DERECHO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:14/03/2022

CONTRIBUYENTE	C.C. 14696934	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNANDEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: TV 6 3 86 CA 90 Teléfonos: 3183061614

Dirección electrónica: rubendgonzalezh@hotmail.com Ciudad: LA CALERA Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 72202 - Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

SGS CO18/8129

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14739431201

(415)7707212489984(8020) 000001473943120 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 6 9 6 9 3 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 4 6 9 6 9 3 4	2 0 0 1 0 3 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	HERNANDEZ	RUBEN	DARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	La Calera 3 7 7

41. Dirección principal: TV 6 3 86

42. Correo electrónico: rubendgonzalezh@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 1 2 0 1	3 1 8 3 0 6 1 6 1 4	

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
7 7 2 2 0	2 0 1 2 0 1 1 0	8 2 9 9	2 0 2 2 0 3 1 4				

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 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2022 - 03 - 25 / 11 : 08: 45

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-03-2022 11:11:03AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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, **RUBEN DARIO GONZALEZ HERNANDEZ** identificado con **CC** No. **14696934**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCION DE LA NIÑEZ Y DE LA JUVENTUD - NI. 899999333	**Fecha de inicio de cobertura:** 22/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/10/2024 **Fecha fin de Contrato:** 20/01/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

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): 202401021114908.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

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

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	14696934	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNANDEZ	Transversal 6ta # 3 - 86 Casa 90	3183061614	rubendgonzalezh@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	LA CALERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	16/10/2024	80951783	$2.199.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	900.000	0		0		0	0	0	0	900.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.152.000	0	0	36.000	36.000	0	0		1.224.000	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	75.200				75.200	0	0	75.200			752	75.200	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	900.000	900.000
Pensión	1	1.224.000	1.224.000
Riesgos Laborales	1	75.200	75.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.199.200	2.199.200

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	14696934	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNANDEZ	Transversal 6ta # 3 - 86 Casa 90	3183061614	rubendgonzalezh@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA CALERA	NO

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	
2024-10	2024-10	I	16/10/2024	80951783	$2.199.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Colisena	Sisbén	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	IRA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	14696934	GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO	59	0			N																	25-14	7.200.000	1.152.000	0	0	36.000	36.000	EPS017	7.200.000	900.000	14-23	7.200.000	2	75.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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