



FORMA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN, INFORME DE ACTIVIDADES Y ORDEN DE PAGO CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES	CÓDIGO	ADQBS-F-001
ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSION	4
PROCEDIMIENTO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FECHA	26/01/2024

Dependencia:	SUBDIRECCION DE PLANEACION OPERATIVA		Fecha:	8/11/2025 7:22:33 PM
Pago No:	1	Total de Pagos	6	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	MELISSA MARTINEZ PERTUZ		Identificación:	1044420726	Telefono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:	melissa.martinezp@ant.gov.co	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	ANT-CPS-20256959	Fecha de Inicio:	01/07/2025	Plazo de Ejecucion:	31/12/2025
Periodo a pagar:	JULIO	No RP:	1130225	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Atlántico	Municipio:	Luruaco		

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR

OBJETO:	Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Planeación Operativa de la Agencia Nacional de Tierras, en el desarrollo de las actividades relacionadas con las distintas etapas de elaboración y ejecución de los planes de ordenamiento social de la propiedad rural y/o demás actividades relacionadas que sean de su competencia.
---------	---

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Apoyar en la articulación y resolución de asuntos sociales y estrategias comunitarias para la formulación e implementación de los planes de ordenamiento social de la propiedad rural, previa coordinación con la supervisión del contrato.	Se realiza acompañamiento en la Socialización veredal y cartografía social identificando las problemáticas sociales y comunitarias, facilitando espacios de diálogo con actores sociales para la construcción conjunta de estrategias y Se garantizará la articulación entre las comunidades y la Ant para la formulación participativa de los Planes de Ordenamiento Social de la Propiedad Rural (POSPR) en la vereda socabón del municipio de Luruaco.	Anexo_1663928_638899418362451437.pdf
2. Realizar el seguimiento y monitoreo en el cumplimiento de la entrega y calidad de la información y entregables recabados en el marco del componente social: informes de participación, formularios de acciones diferenciales y conflictos, evidencia fotográfica, listados de asistencia de cada escenario de participación comunitaria en el marco del componente social del BPM (tanto transcritos como en formato de imagen), y actas de reunión con comunidades étnicas, dando cumplimiento a los estándares y lineamientos establecidos para el componente, conforme a las metas indicadas periódicamente y previa coordinación con la supervisión del contrato.	Se realiza entrega de los informes, actas, fotografías y listados de asistencia como evidencias generadas en cada una de las actividades sociales, entre esos la conformación del grupo de gestores sociales del Pospr del municipio de Luruaco en los formatos exigidos, para garantizar su integridad y confiabilidad. toda Esta labor se realiza bajo la supervisión de la coordinación en el cumplimiento del cronograma.	Anexo_1663929_638899423260135844.pdf
3. Brindar apoyo en el seguimiento cumplimiento de las actividades asignadas al componente social en el municipio o municipios designados para la formulación o implementación de POSPR, de acuerdo con las metas informadas en la asignación.	Se implementa el acompañamiento social en cada una de las actividades del pospr en el municipio de luruaço, dando cumplimiento al cronograma en tiempo establecido. Esto incluye la revisión semanal de avances, la verificación de actividades en campo y la comunicación continua con el equipo social reportando cualquier novedad del Pospr.	Anexo_1663930_638902718013278827.pdf
4. Gestionar los requerimientos (insumos, transporte, alimentación, etc.) para las actividades de avanzadas sociales, socializaciones y demás necesarias para la ejecución de las actividades de formulación e implementación de los POSPR, previa coordinación con la supervisión del contrato.	Se gestiona los anticipos para la Socialización Verdeal y Cartografía Social del 22 de Julio como transporte, hidratación, insumos de papelería, alimentación necesarios para la Implementación del POSPR bajo la supervisión de la coordinación.	Anexo_1663931_638901762597342983.pdf
5. Asistir y participar en reuniones, comités técnicos, mesas de trabajo, capacitaciones, jornadas de campo, comisiones y todas las demás actividades a las que sea convocada, previa coordinación la supervisión del contrato.	Se asiste a la reunión con la visita tecnica de la SPO central con el fin de organizar cada una de las actividades para el optimo desarrollo del POSPR en el municipio de Luruaco.	Anexo_1663932_638902790896229386.pdf
6. Dar respuesta oportuna a los requerimientos, solicitudes o entrega de información solicitada por el supervisor del contrato, previa coordinación con este.	Se realiza el cargue de las actas con el respectivo listado de asistencia de cada una de las actividades realizadas e información solicitada por la coordinación.	Anexo_1663933_638899434943981812.pdf
7. Realizar el cargue y publicación en el aplicativo Klic y en la plataforma de SECOP II los informes mensuales que se generen durante la ejecución del contrato, dentro de los plazos establecidos por parte de la Subdirección Administrativa y Financiera de la Agencia Nacional de Tierras en coordinación con la supervisión del contrato.	Se realiza el cargue de la información en el aplicativo Klic y en secop 2 de cada uno de los informes mensuales bajo la aprobación de la coordinación	Anexo_1663934_638900196196940271.pdf
8. Cumplir las demás actividades relacionadas con las obligaciones contractuales, en coordinación con la supervisión del contrato.	Se realiza acompañamiento a reunión de socialización del pospr en la oficina de PLaneación del municipio de Luruaco.	Anexo_1663935_638899436753082661.pdf

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	MELISSA MARTINEZ PERTUZ
--	-------------------------

Documento Firmado Digitalmente
El presente documento tiene validez jurídica y sus efectos de conformidad con la Ley 1712 de 2014.



Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de \$8,470,000.00 OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE..

Este valor deberá consignarse en la cuenta de Ahorros X Corriente , número 08313713491 del banco BANCOLOMBIA.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	\$50,820,000.00 -
Adición No.	\$0.00 -
Valor Reducción:	\$0.00 -
Valor Total:	\$50,820,000.00 -

Total Pagado	\$0.00 -
Saldo Actual:	\$50,820,000.00 -


VALOR A PAGAR:	\$8,470,000.00 -
Menos este pago:	\$42,350,000.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
-	-	-
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
-	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	16.67%
---	--------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

ANEXOS			
Persona natural		Persona Jurídica	
Aporte a pensión	X	Parafiscales	
Aporte a salud	X	RUT (primer pago y/o actualización)	
Aporte ARL	X	Entrada al almacén	
Producto(s) - Entregable (s)		Factura	
Informe (s) Adicional (es)		Producto(s) - Entregable (s)	
		Informe (s) Adicional (es)	

SUPERVISOR 1		SUPERVISOR 2	
Firma:		Firma:	
Nombre:	LIZETH LORENA FLOREZ CANARIA	Nombre:	
No. Identificación:	1010230691	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

Documento Firmado Digitalmente
 El presente documento contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la ley 527 de 1999.



BQUILLA, Agosto 11 de 2025

Señora:

MARTINEZ PERTUZ MELISSA

CC. 1044420726CL 9 9B 55 BRR 7 AGOSTO - 2999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 14 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
MARTINEZ PERTUZ MELISSA	1044420726	C	Jun-14-2024	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MARIN MARTINEZ DANIEL JOSUE	1043465391	T	Jun-14-2024	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
OSPINO MARTINEZ LUISA FERNANDA	1042250834	C	Jun-14-2024	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
MELISSA MARTINEZ PERTUZ	1044420726	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MELISSA MARTINEZ PERTUZ	1044420726	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.


Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, Melissa Martinez Pertuz, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1044420726, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

- Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
Daniel josue Marin Martinez	Hijo	11 años

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO ___

- El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
- El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyuge no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

2.2. **Aporte cuenta AFC:** Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI ___ NO ___

2.3. **Aportes voluntarios a pensión:** (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.


SI ___ NO ___

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO ___



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

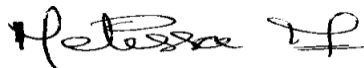
3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** “(...) *Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)*”, por consiguiente:
 - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI ____ NO X estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
 - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 1044420726



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

54340450



NUIP 1043465391

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54340450

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número 07 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código 7802
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido MARIN Segundo Apellido MARTINEZ
Nombre(s) DANIEL JOSUE
Fecha de nacimiento Año 2014 Mes ABR Día 15 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 12513735 - 5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MARTINEZ PERTUZ MELISSA
Documento de Identificación (Clase y número) C.C.1.044.420.726.PUERTO COLOMBIA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MARIN NAVARRO EIDER DE JESUS
Documento de Identificación (Clase y número) C.C.72.284.895.BARRANQUILLA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MARIN NAVARRO EIDER DE JESUS
Documento de Identificación (Clase y número) C.C.72.284.895.BARRANQUILLA Firma Eider Marin

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 Año 2014 Mes ABR Día 16 Nombre y firma del funcionario que autoriza GUTIERREZ RODRIGUEZ RAFAEL MARIA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno Firma Eider Marin Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento GUTIERREZ RODRIGUEZ RAFAEL MARIA




ESPACIO PARA NOTAS


LIBRO DE VARIOS # 193.FOLIO.102.




ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



	FORMA	ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO	ADQBS-F-021				
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		VERSIÓN	4				
	PROCESO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		FECHA	31/12/2024				
				FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA					
				Día	Mes	Año			
				1	7	2025			
I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO									
CONTRATO No.:		ANT-CPS-20256959							
OBJETO:		Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Planeación Operativa de la Agencia Nacional de Tierras, en el desarrollo de las actividades relacionadas con las distintas etapas de elaboración y ejecución de los planes de ordenamiento social de la propiedad rural y/o demás actividades relacionadas que sean de su competencia							
VALOR:		\$	50.820.000	FECHA DE SUSCRIPCIÓN		27/06/2025			
II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL									
No. RP		1130225							
FECHA RP		01/07/2025							
III. AFILIACIÓN ARL									
ARL		ASEGURADORA	FECHA AFILIACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA				
		POSITIVA	27/06/2025		28/06/2025				
IV. ACTA									
Se reunieron:									
DATOS DEL SUPERVISOR		NOMBRE	LIZETH LORENA FLOREZ CANARIA						
		CARGO	SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN OPERATIVA						
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1010230691				
DATOS DEL CONTRATISTA		NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	MELISSA MARTINEZ PERTUZ						
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1044420726				
		NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA						
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NO APLICA				
En Bogotá D.C. a los <u>1</u> días del mes <u>7</u> de 20 <u>25</u> se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:									
FECHA DE INICIACIÓN		DÍA	MES	AÑO	FECHA DE TERMINACIÓN		DÍA	MES	AÑO
		1	7	2025			31	12	2025
Para constancia firma por quienes intervinieron:									
 SUPERVISOR					 CONTRATISTA				

	FORMA	FORMA PARA CALCULO DE LA PROPORCIONALIDAD EN PRIMERAS CUENTAS	CODIGO	ADMBS-F-028
	ACTIVIDAD	GESTION DE EGRESOS	VERSION	1
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	25/02/2025

Número del Contrato	ANT-CPS-20256959		
Nombre del Contratista	MARTINEZ PERTUZ MELISSA		
Documento de Identificación	1044420726		
Dirección, Subdirección, UGT u Oficina a la que pertenece	SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN OPERATIVA		
Valor Inicial del Contrato	\$	50.820.000,00	
Valor Honorarios del mes	\$	8.470.000,00	
Valor inicial primer pago (según minuta)	\$	8.470.000,00	
Valor Honorario por día	\$	282.333	
Fecha de inicio de ejecución del contrato (según acta de inicio)	01/07/2025		
Fecha de finalización del contrato	31/12/2025		
Días a pagar primer mes	30		
Calculo primer pago ajustado	\$	8.470.000	
Valor reducción contrato	\$	-	
Valor Total del Contrato Ajustado	\$	50.820.000	
Numero RP	1130225		
Valor Inicial RP	\$	50.820.000	
Rubro Presupuestal	C-1704-1100-22-10106A-1704056-02	\$	50.820.000
Rubro Presupuestal		\$	-
Reducción RP	\$	-	
Rubro Reducido	C-1704-1100-22-10106A-1704056-02	\$	-
Rubro Reducido		\$	-
Valor RP Final	\$	50.820.000	
Valor rubro presupuestal			
Valor rubro presupuestal	C-1704-1100-22-10106A-1704056-02	\$	50.820.000

Firma del Supervisor del contrato	
Nombre del supervisor del contrato	LIZETH LORENA FLOREZ CANARIA
Cargo del Supervisor del contrato	Subdirectora de Planeación Operativa

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS ANT		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	900948953
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1044420726	Nombres y apellidos	MELISSA MARTINEZ PERTUZ
Fecha de afiliación	2025-06-28	Estado de afiliación	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-06-28	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	3	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

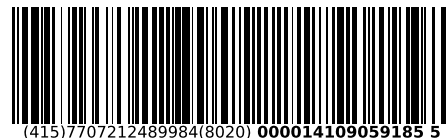
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141090591855



(415)7707212489984(8020) 000014109059185 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 4 4 2 0 7 2 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 4 4 4 2 0 7 2 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Puerto Colombia

5 7 3

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

PERTUZ

33. Primer nombre

MELISSA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Puerto Colombia

5 7 3

41. Dirección principal

CL 9 9 B 55

42. Correo electrónico

melisa1504@outlook.es

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 5 3 5 6 7 8 0

45. Teléfono 2

6 0 5 3 0 7 4 0 7 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7, 0 3, 1 0

Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 7, 0 3, 1 3

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

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 ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

60. No. de Folios:

0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Certificación Bancaria

Jueves, 31 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MELISSA MARTINEZ PERTUZ identificado(a) con CC 1044420726, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	08313713491	2020-09-17	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co