| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-599-2025 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTINEZ | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | Monica Yorlanny Torres Sanchez | **Teléfono / Extensión** | |
| **Dependencia** | O. ASESORA JURIDICA | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales para adelantar las actuaciones administrativas y responder peticiones, quejas, reclamos y tutelas, encaminadas a resolver de fondo las solicitudes de los terceros dentro del proceso de cobro coactivo que adelanta la Oficina Asesora Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. ID-123-OAJ | | |
| **Fecha de Inicio** | 13/05/2025 | **Fecha de Terminación** | 31/12/2025 |

| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 01/12/2025 | **Hasta** | 31/12/2025 |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha Suscripción Adición** | | | | |
| **RP Adición** | | | | |
| **Valor RP Adición** | | | | |
| **Fecha Suscripción Prórroga** | | | | |
| **Fecha Inicio Prorroga** | | | | |
| **Fecha Final Prorroga** | | | | |
| **Fecha Suscripción Suspensión** | | | | |
| **Fecha Inicio Suspensión** | | | | |
| **Fecha Final Suspensión** | | | | |
| **Fecha Suscripción Cesión** | | | | |
| **RP Cesión** | | | | |

## INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Apoyar al Grupo de Cobro Coactivo en resolver, peticiones, excepciones, recursos de reposición y | Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01-12-2025 al 31-12-2025 el contratista dió | Respuestas a los derechos de petición asignados desde la OAJ e insumos de tutela | N/A |

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| | objeciones que se puedan presentar dentro del proceso que se adelanta, sustentándolos conforme a las normas sustantivas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y conforme a las normas del Estatuto Tributario Nacional que reglamentan el proceso de cobro administrativo coactivo y demás normas concordantes. | respuesta a 29 derechos de petición que se le asignaron desde la coordinación de la OAJ. Adicional a lo anterior, el contratista elaboró 1 insumo de tutela el cual fue enviado a los contratistas de tutelas para responder las respectivas acciones constitucionales. | elaborados. | |
| 2 | Apoyar en la elaboración de los documentos y actos administrativos que se requieran para adelantar el proceso de cobro coactivo de las sumas que le adeuden a la Entidad, por todo concepto, cumpliendo con el reparto asignado. | Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01-12-2025 al 31-12-2025 el contratista elaboró 12 actos administrativos, distribuidos entre los que se derivaron de las distintas peticiones y los que ordenaron seguir adelante con el cobro. | 12 resoluciones en formato pdf firmadas y notificadas a los terceros. | N/A |
| 3 | Elaborar las respuestas dentro de los términos establecidos por ley, para las peticiones y afines, recursos, excepciones y demás solicitudes que se realicen en desarrollo de los procesos de cobro coactivo. | Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01-12-2025 al 31-12-2025 el contratista tramitó a tiempo las 29 PQR que se le asignaron desde la OAJ. | Respuestas a los derechos de petición asignados desde la OAJ | N/A |
| 4 | Suministrar información para mantener actualizado el registro y gestión en la base de datos del Grupo de Cobro Coactivo de las actuaciones adelantadas dentro del proceso de Cobro Coactivo. | Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01-12-2025 al 31-12-2025 se enviaron por medio de correo electrónico las distintas respuestas de las peticiones asignadas para el seguimiento por parte de la coordinadora de la OAJ – Cobro Coactivo. | Correos electrónicos relacionando la información requerida | N/A |
| 5 | Adelantar las actividades para la elaboración, | Actividad no requerida en el periodo. | N/A | N/A |

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| | seguimiento y cumplimiento de los Planes de Mejoramiento. | | | |
| 6 | Atender los requerimientos de información y cumplir con los planes de mejoramiento internos y los suscritos con los organismos de control. | Actividad no requerida en el periodo. | N/A | N/A |
| 7 | Disponer y suministrar la información sobre las actividades y operaciones asignadas, en las condiciones y características establecidas o requeridas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los organismos de seguimiento y control. | Actividad no requerida en el periodo. | N/A | N/A |
| 8 | Cumplir con las metas de productividad sobre los temas asignados de manera semanal, mensual, trimestral y semestral, que permita al Grupo de Cobro Coactivo realizar los reportes necesarios solicitados por la Oficina Asesora Jurídica. | El contratista cumplió con las metas de productividad diarias y semanales establecidas durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01-12-2025 al 31-12-2025 | N/A | N/A |
| 9 | Cumplir con las metas entre otras, las establecidas en el Plan de Acción. Del cumplimiento que trata el presente numeral se deberá informar al encargado de actualizar las bases de gestión al interior del grupo. | El contratista cumplió con las metas que se le establecieron respecto de las distintas respuestas y radicados que se le asignaron y así mismo informó a los distintos enlaces de la OAJ lo pertinente para la actualización en las bases de datos. | Respuestas a derechos de petición radicadas en Orfeo y enviadas por correo electrónico para su revisión de manera diaria. | N/A |
| 10 | Brindar atención presencial y telefónica o por los medios de entrada y/o de salida que indique la entidad, con el objetivo de resolver inquietudes de los | Actividad no requerida en el periodo. | Correos electrónicos, respuestas peticiones, radicados tramitados en Orfeo y demás requeridos desde la OAJ. | N/A |

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| | usuarios según corresponda en los procesos de menor cuantía. | | | |
| 11 | Tramitar y cerrar los radicados de Orfeo que le sean asignados dentro del término legal establecido. | El contratista tramitó y cerró los radicados asignados a su usuario de Orfeo conforme a los términos establecidos. | N/A | N/A |
| 12 | Asistir a las reuniones que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual | El contratista asistió a las distintas capacitaciones que se le dieron por parte de la OAJ y la ADRES para la correcta ejecución del contrato. | N/A | N/A |
| 13 | Las demás obligaciones asignadas por el supervisor y que correspondan a la naturaleza de su objeto. | El contratista cumplió cabalmente con las obligaciones e instrucciones que se le brindaron desde la supervisión y la coordinación de la OAJ – Cobro Coactivo. | N/A | N/A |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

**DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTINEZ**
**Fecha: 11/12/2025**

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| COP $ 45.613.784,00 | COP $ 37.631.371,80 | COP $ 5.701.723,00 | COP $ 0,00 | COP $ 2.280.689,20 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cinco Millones Setecientos Un Mil Setecientos Veintitres Pesos Moneda Corriente ($5.701.723,00 )

| CONCEPTO | PLANILLA No. | ENTIDAD | VALOR | PERIODO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | DESDE | HASTA |
| ARL | 1077895330 | POSITIVA | 12.000,00 | 01/12/2025 | 31/12/2025 |
| Pensión | 1077895330 | PROTECCIÓN | 365.000,00 | 01/12/2025 | 31/12/2025 |
| Salud | 1077895330 | EPS SANITAS | 285.500,00 | 01/12/2025 | 31/12/2025 |

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☒ NO ☐

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas:

**INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN**

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | El contratista con corte a 12 de diciembre de 2025, tiene 12 orfeos en la bandeja de asignados. |
| **ANEXOS** | 1 Comprobante de pago de los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del contratista; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales cuando aplique.2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente , suministrado por la Entidad.3. Cuenta de cobro o factura según el régimen (simplificado o común).4. Medio magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el contrato o convenio en mención.5. En caso de primer pago de aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**

Monica Yorlanny Torres Sanchez

**En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.**

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 11/12/2025**

**CIUDAD: BOGOTÁ D.C.**

**FECHA: 31 DE DICIEMBRE DE 2025**

# CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

**ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT:** ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

**DEBE A:**

**NOMBRE:** **DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTINEZ**

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.014.303.828

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS-599-2025

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales para adelantar las actuaciones administrativas y responder peticiones, quejas, reclamos ytutelas, encaminadas a resolver de fondo las solicitudes de los terceros dentro del proceso de cobro coactivo que adelanta la Oficina Asesora Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. ID-123-OAJ

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 1 de diciembre de 2025 **HASTA:** 31 de diciembre de 2025

**LA SUMA DE:** CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SETECIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE ($5.701.723)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** CALLE 74D #70G-16

**TELÉFONO:** 3222238672



**FIRMA: DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTÍNEZ**
**C.C 1.014.303.828**

ADRES

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2025**

Bogotá D.C., 31 DE DICIEMBRE DE 2025

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTÍNEZ | 1.014.303.828 |

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 8,66.
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-599-2025
Fecha de Inicio: 13/05/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025.
Valor total del Contrato: $45.613.784 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: $.5.701.723
Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐ Adjunto soporte.

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

| TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | CALIDAD DEPENDIENTE (*) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2025**

b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) 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.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año gravable 2024; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ ), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($ ), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2025**

**Nota:** Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

---

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de XXXXXXXXX) en el año 2024, (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



**DIEGO ALEJANDTO BACHILLER MARTÍNEZ**
Cédula de ciudadanía No. 1.014.303.828 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C
Bogotá D.C., 31 de Diciembre de 2025

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-12-10, 04:14:05 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077895330

**Periodo Cotización** 202512 **Pericdo Servicio** 202512

## PAGADA 2025-12-10 09:24:32.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTINEZ | | | | |
| **Documento** | CC 1014303828 | **Dirección** | CL 74D #70 G - 16 CASA NARANJA | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6151925 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1014303828 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | BACHILLER MARTINEZ DIEGO ALEJANDRO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 2.284.000 | 230201 | | 16 % | $ 2.284.000 | $ 365.500 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 2.284.000 | $ 285.500 | $ 0 | 14.23 | 1 | 0,522 % | $ 2.284.000 | $ 12.000 | NIN CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 365.500 | $ 0 | $ 0 | $ 285.500 | $ 12.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 663.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141224771332

(415)7707212489984(8020) 000014122477133 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 4 3 0 3 8 2 8 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 4 3 0 3 8 2 8 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BACHILLER | MARTINEZ | DIEGO | ALEJANDRO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 74 D # 70 G 16

42. Correo electrónico: alejobachy99@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 2 2 2 3 8 6 7 2 | 6 0 1 6 1 5 2 9 3 5 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad principal** | | **Actividad secundaria** | | **Otras actividades** | | | |
| 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 2 3 1 2 2 0 | | | | | | | |

## 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

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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: ☐

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

985. Cargo

EN TRAMITE SIN COSTO
DOCUMENTO

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **08/12/2025**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIEGO ALEJANDRO BACHILLER MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1014303828**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **474300091417** |
| Fecha de apertura | **17/03/2021** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

**ÁREA DE APROBACIÓN**

**La fase del proceso fue aprobada.**

Flujos de aprobación 1

**MOSTRAR DETALLES**

Flujos de aprobación 2

**MOSTRAR DETALLES**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | < | >

## Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor neto de la factura | Valor total de la factura | Valor a pagar | Estado | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pago 001 | 001 | 3/06/2025 3:02 PM *(UTC -5 horas)* | 3/06/2025 12:00 PM *(UTC -5 horas)* | 3.421.033,8 COP | 3.421.033,8 COP | 3.421.033,8 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |
| Pago 002 | 002 | 1/07/2025 3:01 PM *(UTC -5 horas)* | 1/07/2025 12:00 PM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |
| Pago 003 | 003 | 1/08/2025 10:51 AM *(UTC -5 horas)* | 1/08/2025 10:00 AM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |
| Pago 004 | 004 | 1/09/2025 9:00 AM *(UTC -5 horas)* | 1/09/2025 10:00 AM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |
| Pago 005 | 005 | 1/10/2025 11:28 AM *(UTC -5 horas)* | 1/10/2025 12:00 PM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |
| Pago 006 | 006 | 4/11/2025 8:00 AM *(UTC -5 horas)* | 4/11/2025 10:00 AM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |
| Pago 007 | 007 | 1/12/2025 11:25 AM *(UTC -5 horas)* | 2/12/2025 8:00 AM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pago 008 | 008 | 11/12/2025 10:02 AM *(UTC -5 horas)* | 12/12/2025 10:00 AM *(UTC -5 horas)* | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | 5.701.723 COP | Aprobado | Detalle | Marcar como pagados |

## Balance de pagos y Balance de entregas

| | | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|---|---|---|---|
| **Valor total contrato:** | 45.613.784,00 COP | - | - |
| **Valor anticipo:** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor de las entregas** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor facturado:** | 43.333.094,80 COP | 95% | - |
| **Valor facturado pendiente de pago:** | 43.333.094,80 COP | 95% | - |
| **Valor pagado:** | 0,00 COP | 0% | - |
| **Valor amortizado del anticipo:** | 0,00 COP | 0% | 0% |
| **Valor pendiente de amortizar:** | 0,00 COP | 0% | 0% |
| **Valor pendiente de ejecución:** | 45.613.784,00 COP | 100% | - |
| **Valor pendiente de entrega:** | 45.613.784,00 COP | 100% | - |

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ARL CTO 599 DIEGO BACHILLER.pdf | ARL CTO 599 DIEGO BACHILLER.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CONSULTA POLIZA OK.pdf | CONSULTA POLIZA OK.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe junio vs 4.pdf | Informe junio vs 4.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | RP-7801-2025-UGG CPS-599-2025 - DIEGO.pdf | RP-7801-2025-UGG CPS-599-2025 - DIEGO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | < | >