Cxp 17526 (9)

20262600000332
INSOR
No. 20262600000332
Fecha Radicado: 02-FEB-2026 01:27 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 0
Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

PROCESO GESTION FINANCIERA					Código: FOGF52
FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)					Versión: 3
					Fecha:27/01/2025

upo:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Pago No:	1	Total de pagos	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	Bogotá D.C.		Fecha de presentación(dd-mm-año)	2/2/2026	
	Ana Gicella del Portillo Montalvo		Identificación:	Cédula de Ciudadanía	22.465.073
	321-4686930		Correo electrónico	gicelladelportillo1231@gmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

	090-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Enero			
			En caso de fracción indicar el número de dias a pagar	15			
	626	No RP	4726	Valor del RP:	$ 72.870.946	Valor pendiente por pagar:	$ 69.702.644
lo	14/1/2026	Fecha de acta de inicio:	16/1/2026		Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		30/12/2026
						Desde (D/M/A)	Hasta (D/M/A)
uyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	Novedades del periodo a pagar	Sin novedades				

OBJETO DEL CONTRATO

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$	3.168.302
	IVA	$	-
	Valor total	$	3.168.302

Valor Inicial contrato	$	72.870.946
Adición (en el caso de que aplique)	$	-
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$	-
Valor Total:	$	72.870.946
Total Ejecutado	$	3.168.302
Saldo	$	69.702.644
Porcentaje de Ejecución		
Porcentaje de Ejecución física		4%
Porcentaje de Ejecución presupuestal		4%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

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**
Pago No. 13	**Pago No. 14**	**Pago No. 15**	**Pago No. 16**	**Pago No. 17**	**Pago No. 18**

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CÁLCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL -SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.750.905	I	$ 218.863	$ 280.145	$ 9.140	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 317.000	$ 405.600	$ 13.300	$ 0	$ 736.100,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA	COLPENSIONES	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Enero	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	N.A.	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Asi mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para tramitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en la s evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el articulo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoria y Supervisión. SI X

2. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa 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 articulo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonia con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoria y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma esporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social integral. SI X

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Integral, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA X

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto segun planila No. 44181655, corresponde al pago del mes de enero, del contrato de prestación de servicios No. 090-2026 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. _____, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas juridicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a titulo de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	SI	**Certificado de dependientes con anexos**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, solo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	NO	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	No Aplica
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Anticipada	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	No Aplica
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas juridicas)	No Aplica

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad ☐ Si ☑ No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209.496.000) ☐ Si ☑ No

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐ Si ☑ No

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, a fin de que se aplique lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, esto es tomar como renta exenta el veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada anualmente a setecientas noventa (790) UVT. ($41,375.460) ☑ Si ☐ No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3. Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro. Tarifa Adicional **4%** ◉ Si ○ No

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	*SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD*	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACION												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Apoyar en el diseño y estructuración de los planes de acción institucionales que respondan a la planeación estratégica del INSOR.	El 21 de enero participé en reunión de revisión la versión final del plan de acción 2025	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\1. Enero\1	X												Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
2. Realizar el reporte en las diferentes herramientas de planeación que den cuenta del cumplimiento de las metas de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.	El 27 de enero se diligenció el fomato dispuesto para el reporte del informe de gestión 2025 en lo correspondiente a gestión del conocimiento. El 29 de enero se pasó la información a **Magda** Rojas para la consolidación de información para el reporte al seguimiento proyectos de inversion- Plataforma PIIP-Diciembre	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\1. Enero\2	X												Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
3. Prestar apoyo en la implementación de los instrumentos de seguimiento y reportes relacionados con las diferentes áreas del INSOR.	No se desarrollaron actividades relacionadas con la actividad contractual	N.A.													N.A.
4. Apoyar los procesos de revisión, actualización, mejora y seguimiento de las políticas operacionales que hacen parte del MIPG.	No se desarrollaron actividades relacionadas con la actividad contractual	N.A.													N.A.
5. Apoyar en la actualización y modificación de la documentación relacionada con las diferentes procesos y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	El 22 de enero revisé el Instructivo para registrar una comisión en SIIF del proceso de bienes y servicios. El 28 de enero me reuní con la coordinadora de talento humano con el propósito de iniciar la Revisión del procedimiento vinculación	X:\CONTRATOS OAP\2026\GICELLA DEL PORTILLO\1. Enero\5	X												Se revisa la actividad y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
6. Apoyar en el desarrollo, diligenciamiento y reporte de información que permita dar cumplimiento al Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG siguiendo los lineamientos brindados por el Departamento Administrativo de la Función Pública.	No se desarrollaron actividades relacionadas con la actividad contractual	N.A.													N.A.
7. Apoyar en el análisis técnico de los resultados del FURAG y formular las acciones pertinentes que permitan el incremento del puntaje para la vigencia 2027.	No se desarrollaron actividades relacionadas con la actividad contractual	N.A.													N.A.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DOS PESOS M/CTE ($3.168.302)

VALOR CON IVA INCLUIDO	3.168.302
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DOS PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Laura Cristina Fajardo

CARGO: Profesional Especializado - 2028-13

C.C: 1015423626 **Correo electrónico: laura.fajardo@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Ana Gicella del Portillo Montalvo

Correo personal: gicelladelportillo1231@gmail.com

C.C: 22.465.073

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	22465073	ANA GICELLA DEL PORTILLO MONTALVO	Cra 55 #152B-68 T2 apto 704 Mazuren1	6013404966	una_mass@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2026-01	2026-01	I	29/01/2026	44181655	$736,100	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	317,000	0		0		0	0	0	0	317,000	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	405,800	0	0	0	0	0	0		405,800	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	13,300				13,300	0	0	13,300			133	13,300	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	317,000	317,000
Pensión	1	405,800	405,800
Riesgos Laborales	1	13,300	13,300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	736,100	736,100

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	22465073	ANA GICELLA DEL PORTILLO MONTALVO		Cra 55 #152B-68 T2 apto 704 Mazuren1	6013404966	una_mass@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		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	
2026-01	2026-01	I	29/01/2026	44181655	$736.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	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	22465073	DEL PORTILLO MONTALVO ANA GICELLA	59	0			N								X									25-14	2.536.000	405.800	0	0	0	0	EPS010	2.536.000	317.000	14-25	2.536.000	1	13.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14740446973

(415)7707212489984(8020) 000001474044697 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 2 4 6 5 0 7 3	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 2 4 6 5 0 7 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DEL PORTILLO	MONTALVO	ANA	GICELLA

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
CR 55 152 B 68 AP 704 ED MAZUREN UNO

42. Correo electrónico una_mass@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 4 6 8 6 9 3 0	

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 1 1 2	2 0 0 7 1 0 0 1	7 4 9 0	2 0 0 7 1 0 0 1					

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 [X] 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 DEL PORTILLO MONTALVO ANA GICELLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:29/12/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 22465073	ANA GICELLA DEL PORTILLO MONTALVO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 55 152 B 68 AP 704 torre 2 edificio Mazuren 1 Teléfonos: 3214686930

Dirección electrónica: gdpm77@outlook.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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: 02/06/2008 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 71102 - Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

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.

Fuente: RIT-SHD

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de ahorros No. 054935650

El Banco AV Villas certifica que: **Ana Gicella Del Montalvo**
identificada con el documento No. 22465073, tiene en la oficina MARGARITAS (040) una Cuenta de ahorros No. 054935650 desde el 25 de octubre de 2019.

Fecha de expedición: 29/12/2025