CxP 2226

20262600000622
No. 20262600000622
Fecha Radicado: 04-FEB-2026 05:08 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .
Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR	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

Grupo:	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)	4/2/2026		
	MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ	Identificación:	Cédula de Ciudadanía		1.014.185.002
	3102475311	Correo electrónico	magdayrojas87@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

to	098-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Enero				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	15				
	726	No RP	6226	Valor del RP:	$ 106.651.000	Valor pendiente por pagar:	$ 102.014.000	
ntrato	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	
ntribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	Novedades del periodo a pagar	Sin novedades				Desde (D/M/A)	Hasta (D/M/A)

OBJETO DEL CONTRATO

ies a la oficina asesora de planeación y sistemas, para el desarrollo, seguimiento y monitoreo eficaz del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.637.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.637.000

Valor inicial contrato	$ 106.651.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 106.651.000
Total Ejecutado	$ 4.637.000
Saldo	$ 102.014.000
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

CALCULO 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
$ 1.854.800	I	$ 231.850	$ 296.768	$ 9.682	N.A.	$ 538.300,06
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 407.800	$ 522.000	$ 17.200	$ 0	$ 947.000,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SANITAS	PROTECCIÓN	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. Así 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 las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría 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 artículo 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 armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría 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 específicamente 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 según planilla No. 46551672, corresponde al pago del mes de enero, del contrato de prestación de servicios No. 098-2026 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al día 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 jurídicas).

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**	SI	**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. sólo 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 jurídicas)	No Aplica

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad	☐	☑
Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000)	☐	☑
Soy responsable de Facturación Electrónica	☐	☑
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)	☑	☐

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 OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en el análisis y actualización de los autodiagnósticos de las políticas del MIPG, así como en la revisión y ajuste de los planes operativos, conforme a las dimensiones y políticas previamente asignadas.	* Brindar soporte en la publicación de la planeación institucional 2026 (28, 29, 30 de enero)	Comunicaciones Solicitudes mesa de servicio \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\1	X												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
2. Apoyar la implementación de las dimensiones y políticas del MIPG, mediante el acompañamiento técnico y estratégico, en articulación con las directrices del supervisor del contrato.	* Apoyar y brindar asistencia en la estrategia de racionalización de trámites INSOR 2026 (29, 30 de enero) * Apoyar orientación Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública con la Estrategia de Rendición de cuentas (23, 27, 29, 30 de enero)	Comunicaciones Solicitudes mesa de servicio \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\2	X												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
3. Apoyar en la coordinación y seguimiento a las acciones orientadas al mantenimiento y mejora continua del MIPG y del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), asegurando su alineación con los avances institucionales y normativos.	* Apoyar reporte de seguimiento proyectos de inversion avance diciembre 2025 y plan de acción 2025 (28, 29, 30 de enero)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\3	x												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
4. Soportar en la ejecución de actividades de formación y sensibilización dirigidas al personal de planta y de apoyo, con el fin de afianzar el conocimiento y apropiación del MIPG y del Sistema de Gestión de Calidad SGC en todos los niveles de la Entidad	En el mes de enero no se realizaron actividades asociadas a la obligación.	No aplica													No aplica
5. Apoyar la gestión del ciclo de mejora continua, mediante el seguimiento sistemático a indicadores de gestión, administración de riesgos y ejecución de planes de mejoramiento institucional.	* Apoyar seguimiento del tercer trimestre/cuatrimestre 2025 de indicadores de gestión, administración de riesgos y planes de mejoramiento institucional (19, 20, 21, 26, 27, 29, 30 de enero)	Comunicaciones Solicitudes mesa de servicio Documentos de seguimiento \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\5	X												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
6. Apoyar en la medición, análisis y reporte de indicadores clave, presentando informes periódicos sobre el desempeño de los subsistemas y procesos, en coherencia con la implementación y sostenibilidad del MIPG y el Sistema de Gestión de Calidad SGC.	* Apoyar consolidación del contenido del Informe de Gestión 2025 (19, 20, 21, 26, 27, 28, 30, 31 de enero)	Comunicaciones Solicitudes mesa de servicio \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\6	X												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
7. Brindar apoyo en el uso de herramientas para la evaluación y seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad SGC, así como liderar acciones de intervención que fortalezcan la cultura organizacional en torno al sistema.	* Apoyar la evaluación del II semestre 2025 del Sistema de control Interno (27, 28, 29 de enero)	Comunicaciones \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\7	X												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento
8. Apoyar a las diferentes áreas en la actualización documental de cada proceso garantizando su pertinencia frente a los avances institucionales y normativos.	* Apoyar la publicación de contenidos en la sede electrónica institucional (30 de enero)	Comunicaciones Solicitudes mesa de servicio \\172.16.10.5\p.a 2019\CONTRATOS OAP\2026\MAGDA ROJAS\1. Enero 2026\8	X												Se revisan las actividades y se verifica que los soportes evidencian su cumplimiento

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE ($4.637.000)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**4.637.000**
VALOR EN LETRAS	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL 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**

MAGDA ROJAS

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: MAGDA YUSEF ROJAS DÍAZ

Correo personal: magdayrojas87@gmail.com

C.C: 1014185002

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	1014185002	MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ	Cl 20A 96 71	3102475311	magdarojas87@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	04/02/2026	46551672	$966.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	407.500	0		0		0	1	300	0	407.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	521.600	0	0	0	0	1	400	0	522.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	17.100				17.100	1	100	17.200			171	17.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	19.600	1	100	19.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	407.500	407.800
Pensión	1	521.600	522.000
Riesgos Laborales	1	17.100	17.200
CCF	1	19.600	19.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	965.800	966.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014185002	MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ		Cl 20A 96 71	3102475311	magdarojas87@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	04/02/2026	46551672	$966.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
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
CC	1014185002	ROJAS DIAZ MAGDA YUSEF	59	0			N																	230201	3.260.000	521.600	0	0	0	0	EPS005	3.260.000	407.500	14-25	3.260.000	1	17.100	CCF24	3.260.000	19.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

SI_____ NO_____X_____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Porcentaje del valor deducible por concepto de intereses sobre préstamos para adquisición de vivienda (50% ó 100%)
Certificación de intereses y/o corrección monetaria de la obligación Hipotecaria vigente correspondiente a la adquisición del inmueble cuya destinación es mi vivienda personal.			

Nota: Si no se presenta la certificación de la vigencia inmediatamente anterior, me comprometo a remitirla antes del 15 de abril del año en curso, en caso contrario no podrá seguirse considerando esta deducción.

3. **Deducción pagos de medicina prepagada o seguros de salud (se debe presentar mensualmente):**

Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

SI_____ NO_____X_____

Tipo de Deducción	Entidad que Certifica	Fecha de certificación (DD/MM/AAAA)	Valor pago mensual por salud, siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales
Pagos realizados en el año por contratos de prestación de servicios o seguros de salud.			

Esta declaración la hago a los __04__ días del mes de__Febrero___ del año ___2026__, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino al Instituto Nacional para Sordos, para que surta los efectos legales.

Me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente.

MAGDA YUSEF ROJAS DÍAZ

Nombre Completo del Funcionario o Contratista.

MAGDA YUSEF ROJAS DÍAZ

Firma

República de Colombia Ministerio de Educación Nacional INSOR Instituto Nacional para Sordos	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: FOGF24
		VERSION: 1
	CERTIFICACIÓN DE DEDUCCIONES Y RENTAS EXENTAS	FECHA: 10/02/2021

Yo, ____Magda Yusef Rojas Díaz__, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) No. __1014185002__, con domicilio principal en la ciudad de ___Bogotá___, dirección ___Calle 20A # 96 71_____, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 387 del Estatuto Tributario y demás normas relacionadas, a efectos de obtener las deducciones tributarias, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información suministrada es fidedigna y me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios Nos. ___098 de 2026_____, suscritos con el Instituto Nacional Para Sordos INSOR, y sobre los cuales no he contratado o vinculado 2 o más trabajadores para cumplir con el objeto contractual.

1. **Deducción por dependientes económicos:**
   Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

   SI_____X_____ NO_____

La(s) siguiente(s) persona(s) depende(n) económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	CALIDAD DE DEPENDENCIA
Julian Santiago Álvarez Rojas	**1013008826**	**11-09-2010**	**Hijo menor de edad**
Jose Gabriel Álvarez Rojas	**1150188448**	**23-08-2016**	**Hijo menor de edad**

NOTA Y ANEXOS:
El artículo 2º, parágrafo 3º del Decreto 99 de 2013, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

*1. Los hijos del contribuyente que tengan **hasta 18 años de edad** y dependan económicamente del contribuyente, **anexar Registro Civil de nacimiento**.*
*2. Los hijos del contribuyente **con edad entre 18 y 23 años**, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, **anexar Certificación semestral de pago matricula expedida por la respectiva entidad educativa y cedula de ciudadanía del dependiente**.*
*3. Los hijos del contribuyente **mayores de 23 años** que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***
*4. El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público (**anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cedula de ciudadanía del dependiente**), o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***
*5. Los padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público (**anexar Certificación anual de Contador Público, tarjeta profesional, certificado de antecedentes y cedula de ciudadanía del dependiente**), o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, **anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud y cedula de ciudadanía.***

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependiente solicitada cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4º del artículo 2º del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

2. **Deducción por intereses y/o corrección monetaria:**

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:07/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1014185002	MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 65C 83 51 Teléfonos: 3102475311

Dirección electrónica: magdayrojas87@gmail.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: 30/11/2007

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 30/11/2007 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141156267977

(415)7707212489984(8020) 000014115626797 7

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

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
ROJAS	DIAZ	MAGDA	YUSEF

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 20 A 96 71

42. Correo electrónico: magdayrojas87@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 4 7 5 3 1 1	

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
8 2 9 9	2 0 0 7 1 1 3 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	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

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 ROJAS DIAZ MAGDA YUSEF

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Miércoles, 04 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MAGDA YUSEF ROJAS DIAZ identificado(a) con CC 1014185002, 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	63929316420	2021-11-30	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.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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 correosospechoso@bancolombia.com.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1150183448

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56026239

56026239

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 70 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D W C

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA, D.C.,

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALVAREZ	ROJAS

Nombre(s): JOSE GABRIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes AGO Día 23	MASCULINO	O	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	13603101 -9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ROJAS DIAZ MAGDA YUSEF

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.014.185.002	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ALVAREZ VALLEJO JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 71.791.993	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ALVAREZ VALLEJO JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 71.791.993	

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):

Fecha de inscripción

Año 2016 Mes AGO Día 29

Nombre y firma del funcionario autorizado: WILLY VALER MORA NOTARIO 70 BOGOTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 70 BOGOTA D.C.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1013008826

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33147973

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALVAREZ	ROJAS

Nombre(s)

JULIÁN SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes SEP Día 11	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52439461-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS DÍAZ MAGDA YUSEF

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1014185002	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ VALLEJO JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 71791993	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ VALLEJO JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 71791993	

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)

.....

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes SEP Día 28	MANUEL CASTRO BLANCO
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS TOMO 151 FOLIO 41

REPÚBLICA DE COLOMBIA MANUEL CASTRO BLANCO NOTARIO VEINTISIETE BOGOTA D.C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO