Capital	**CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR PARA EL PAGO A CONTRATISTAS**	**CÓDIGO: AGFF-FT-003** **VERSIÓN: 2** **FECHA DE APROBACIÓN: 15/01/2026** **RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISOR

				FECHA DE EXPEDICIÓN
Nombre:	Gustavo De Bedout Bermudez	**Nombre:**	N/A	viernes/06/febrero/2026
Cargo:	Profesional especializado de Programación	**Cargo:**	N/A	

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Datos de identificación del contratista

Nombre del Contratista o del Propietario de Establecimiento de Comercio	Cindy Paola Sandoval Gúzman		
No. C.C. / NIT	1.129.543.426		
Régimen Tributario	No Responsable de IVA	**Tipo de persona**	Natural

Datos de identificación del contrato

Tipo	**Contrato**	**No**	**656-2025**
Fecha de Suscripción	28/nov/2025	**Fecha de inicio**	01/dic/2025
Tipo de contrato	Prestación de Servicios		

III. OBJETO CONTRACTUAL

"DO-643 9822 - Proveer de manera autónoma e independiente los servicios requeridos para desarrollar actividades de lengua de señas para Canal Capital y sus otras señales."

Si es persona Jurídica:
(Actividades y/o productos entregados en el periodo)

IV. OBSERVACIONES

Tipo de observación	**otro**	Detalle de la observación: Se hace entrega del informe respectivo del periodo certificado con destino al expediente contractual.

V. PERIODO CERTIFICADO

	DD	**MM**	**AAAA**
Desde	01/diciembre/2025		
Hasta	31/diciembre/2025		

Días de Servicios Prestados	**30**

SMMLV	**2025**	**$ 1.423.500**

Aportes Seguridad Social (solo para personas naturales) las personas Jurídicas adjuntan certificado de acuerdo a ley 789/2002

Base Ingreso Cotización** **$ 1.423.500**

Ítem	Tipo de Riesgo*	Pensionado	tarifa	Valor
Salud			12.5%	**177.900**
Pensión		**NO**	16%	**227.800**
ARL	II		1,044%	**14.900**

El pago de seguridad social por días aplica únicamente cuando se registra novedad de Ingreso o Retiro del Sistema de Seguridad Social de acuerdo al concepto número 20203140134383 1 de la UGPP.

El suscrito Supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, en los términos y tiempo pactados, las cuales se verificaron y avalaron por el período certificado, conforme a las condiciones de pago, así como se constataron los pagos efectuados por el contratista para Salud, Pensión y/o ARL, los cuales se presentaron de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002, Decreto 1703/2002 y Decreto 1273 de 2018*.**

VI. ESTADO PRESUPUESTAL

Situación Financiera

1. Valor total contrato	$ 10.920.000
2 Adición	$ 0
3. Valor cancelado a la fecha	$ 0
4. Valor no ejecutado	$ 0
5. Valor a cancelar en este pago	**$ 1.560.000**
6. Valor a liberar	$ 0
7. SALDO =(1+2-3-4-5-6)	$ 9.360.000

Forma de pago	**Por días de Servicios Prestados**		
Número total de pagos pactados	**7**	**Número de pago actual**	**1**
Número total de entregables		**Número de entregables**	

Distribución presupuestal del pago

Fuente de Financiación	No Resolución	No RP	Valor a Afectar RP
Transferencias Secretaria Hacienda		127	1.560.000
TOTALES			**1.560.000**

Centro de Costos (Sobre valor a cancelar)

Nombre	Código	Porcentaje - %
DIRECCIÓN OPERATIVA - PROGRAMACIÓN	9811001	100%
Total		**100%**

VII. FIRMAS

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

Aplica para personas naturales

(Disminución de la base de retención para trabajadores independientes)

En cumplimiento del Parágrafo 1° del Artículo 4, del Decreto 2271 de 18-Junio-2009. Me permito certificar bajo la gravedad de juramento con mi firma y número de identificación, que los documentos soporte del pago del período arriba certificado, corresponden a los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social de acuerdo a lo establecido por el Decreto 1273 de 2018, ingresos provenientes del contrato suscrito con Canal Capital



Firma del Contratista
Cindy Paola Sandoval Gúzman
C.C. 1.129.543.426
(Solo para personas naturales)



Firma supervisor
Gustavo De Bedout Bermudez
Profesional especializado de Programación

Firma supervisor
N/A
N/A

Elaboró:	Lorena Gómez Herrera – Apoyo administrativo para la Dirección Operativa
Revisó:	Elizabeth Basallo – Apoyo a la gestión financiera de la Dirección Operativa

*Según Decreto 1563 de 2016 y 1072 de 2015. se hace necesario que la afiliación a la ARL se realice de acuerdo a la tabla de clasificación de ocupaciones u oficios para definir el nivel de riesgo; así mismo las entidades públicas contratantes deberán realizar el pago de las cotizaciones al sistema general de riesgos laborales mes vencido cuando la afiliación del contratista sea por riego IV o V.

**En todo caso si el valor del ingreso base de cotización (IBC) es inferior a un salario mínimo, la cotización al sistema de seguridad social deberá hacerse sobre un (1) salario mínimo legal vigente al año que corresponda.

***Si la persona natural propietaria de un establecimiento de comercio tiene trabajadores a cargo, deberá acreditar no solo el pago de sus propios aportes, sino también el pago de los aportes a seguridad social y parafiscales de las personas que tenga vinculadas laboralmente - Ministerio de Protección Social - Concepto 10240/11)

CUENTA DE COBRO

CANAL CAPITAL
NIT. 830.012.587-4

DEBE A:

Nombre completo del contratista:	**CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN**					
Identificación del contratista:	C.C.	X	C.E.		No. 1129543426	
La suma de:	Un millón quinientos sesenta mil pesos mc/te ($1.560.000)					
Por concepto de:	Servicios prestados durante el periodo comprendido entre el 01 - 31 de diciembre del 2025					
Contrato de Prestación de Servicios No.	656-2025					
Objeto del contrato:	DO-643 9822 - Proveer de manera autónoma e independiente los servicios requeridos para desarrollar actividades de lengua de señas para Canal Capital y sus otras señales.					
Pago No.	01 de 07					

Fecha de expedición: 06/02/2026

Firma

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1129543426		SANDOVAL GUZMAN CINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71A No 93A 17 Las Salinas	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3636455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2062902824	9497598122	I	2026/01/08	2026/01/06	NEQUI		$567,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1129543426	SANDOVAL GUZMAN CINDY PAOLA	231001	30	$1,920,000	$307,200	EPS005	30	$1,920,000	$240,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,920,000	$20,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,920,000**	**$307,200**			**$1,920,000**	**$240,000**			**$0**	**$0**			**$1,920,000**	**$20,100**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$307,200	$0	$307,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$307,200	$0	$307,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,100	$0	$20,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,100	$0	$20,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$240,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$240,000	$0	$240,000
TOTAL				**1**	**$567,300**	**$0**	**$567,300**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141220330360

(415)7707212489984(8020) 000014122033036 0

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

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
SANDOVAL	GUZMAN	CINDY	PAOLA

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 71 A 93 A 17

42. Correo electrónico sandoval.cindypaola@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 0 4 6 6 2 8 7 7 4	3 1 9 4 8 3 2 0 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
8 2 9 9	2 0 1 7 0 2 0 1	8 5 5 9	2 0 0 7 1 2 0 3					

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

Exportadores					
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 [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 SANDOVAL GUZMAN CINDY PAOLA

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:25/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1129543426	CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 71 A 93 A 17 Teléfonos: 3046628774

Dirección electrónica: sandoval.cindypaola@gmail. 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: 03/12/2007

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 03/12/2007 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: 8559 - Otros tipos de educación n.c.p.

Actividad 3: 8560 - Actividades de apoyo a la educación

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

BOGOTA D.C. 06/viernes/febrero/2026

CANAL CAPITAL

Subdirección Financiera - Contabilidad

Yo, Cindy Paola Sandoval Gúzman identificado con C.C. número 1.129.543.426 de Bogotà D.C. manifiesto bajo la gravedad de juramento:

1	**SOY DECLARANTE DE RENTA 2025**	**SI**

POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS TRES OPCIONES SEGÚN CORRESPONDA

2	**Solicito aplicar la tabla de retención en la fuente establecida en el Artículo 383** del Estatuto Tributario, con la depuración relacionada, en los Artículos: 387,388 y 206 del Estatuto Tributario. El cual establece que tendrán retención los ingresos mayores a **$ 7,480,000** adicionalmente se tiene derecho a la deducción en la base de los diferentes beneficios tributarios, Informo que no voy a descontarme al liquidar mi declaración de renta de la presente vigencia, conceptos relacionados a costos y deducciones **(si tuviere la obligación de declarar)**	**SI**
3	Solicito aplicar los porcentajes de retención tradicional establecidos en el **Artículo 392** del Estatuto Tributario (esto es el 10% , 11%, 6%, 4% según corresponda). Esta opción en los casos que vaya a tomar los costos y gastos procedentes de su actividad, como deducciones en la declaración de renta de esta vigencia.	
4	Solicito que a partir de la fecha me retengan de mis honoraros el siguiente valor. **(Este no puede ser inferior a la retención que se le debe aplicar según corresponda)**	**$** _____

SI MARCO SÍ EN LA OPCIÓN 1 POR FAVOR RELACIONE LOS BENEFICIOS TRIBUTARIOS QUE SE LE DESCONTARAN DE LA BASE DE RENTENCIÓN (Según los soportes adjuntados)

De acuerdo con lo anterior, solicito los beneficios tributarios establecidos ART.387 Y 388 y 206 E.T(parágrafo 5, numeral 10) modificados por la ley 1277 de 2022 decreto 2231 de 2023, Así:

Dependientes (Describir hasta cuatro personas que dependan económicamente de usted y determinar su parentesco):

1	Nombres:		Apellidos:	
2	Nombres:		Apellidos:	

Si usted solicita aplicar beneficio por dependiente económico, deberá adjuntar:

- **A** **Registro civil y tarjeta de identidad si su dependiente económico es menor a 18 años**
- **B** **Si su dependiente económico está entre los 18 a 23 años deberá adjuntar certificado de estudio**
- **C** **Si su dependiente es un pariente con 1 grado de consanguinidad debe adjuntar certificado firmado por contador público con copia de tarjeta profesional**

Deducción por aportes a salud de acuerdo con el Art 387 del E.T y el Art. 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art. 9 Decreto 2250 de 2017 (medicina prepagada, plan complementario, seguros de salud, etc.) (Adjuntar extracto o certificado donde se indique el valor aportado en el año inmediatamente anterior)

Intereses por préstamo para adquisición de vivienda por instituciones financieras. de acuerdo con el Art 387 del E.T y el Art.1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art. 9 Decreto 2250 de 2017. (Adjuntar extracto o certificado donde se indique el valor aportado en el año inmediatamente anterior)

AFC y/o Aportes Voluntarios a pensiones. de acuerdo con el Art 126 -4 del E.T (Adjuntar carta de solicitud de descuento a AFC informando el monto o valor y certificación de la entidad donde se realizara dicho aporte)

Cindy Paola Sandoval Gúzman
c.c. 1.129.543.426

Certificación Bancaria

Jueves, 18 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CINDY PAOLA SANDOVAL GUZMAN identificado(a) con CC 1129543426, 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	46789691584	2025-08-20	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 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
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

aportes en línea

Empresas | Independientes | Administradoras | Datos en línea | Medios de pago | Centro de ayuda

Presencial
Electrónico

Inicio Autoservicio - Verificar planilla

Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes a seguridad social.

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

1129543426

EPS

SANITAS

Valor aportado a EPS

240000

Clave de pago

9497598122

Período de cotización (salud)

2025 12

No soy un robot
reCAPTCHA cambiará sus Condiciones del Se Toma medidas. reCAPTCHA Privacida

Verificar planilla

Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresp registrado en nuestro sistema.

Aceptar

¿Tienes otro tipo de solicitud?
Selecciona la opción que más se ajuste a tu solicitud

Liquida y paga tu planilla

Certificado de aportes

Soporte de pago

Verificar la validez de una planilla

Pago electrónico - PSE

Contribución solidaria

Declaración de Renta

Ayuda

Centro de ayuda

Preguntas frecuentes

Registre solicitudes

Consulte el estado de sus solicitudes

Novedades y noticias

Guías y tutoriales

Políticas

Políticas de cookies

Protección de datos

Código del buen gobierno

Términos y condiciones

Política del Sistema Integrado de Gestión

Línea ética

Copyright © 2026 Aportes en Línea