CxP 23526

INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS	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

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	2/02/2026		
Nombres ó Razón Social:	DIANA MARIA RUBIANO ARROYO	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	52.443.956 de Bogotá	
Teléfono	3102091522	**Correo electrónico**	dianamariarubianoa@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	020 - 2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Enero				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	5 DÍAS				
No CDP	**10126**	**No RP**	**4326**	**Valor del RP:**	**$**	**52.341.300**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 51.548.250**
Fecha del contrato	13/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	26/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**			25/12/2026	
Responsabilidad del Contribuyente 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

Prestar servicios profesionales para promover y fortalecer los procesos de atención oportuna a la población sorda, con énfasis en la primera infancia, en articulación con las entidades responsables de los departamentos focalizados y de seguimiento.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 793.050**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 793.050**

Valor inicial contrato	**$ 52.341.300**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 52.341.300**
Total Ejecutado	**$ 793.050**
Saldo	**$ 51.548.250**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**2%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**2%**

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**

VERIFICACIÓN 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
$ 317.220,00	III	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	N.A.	$ 0,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		CERTIFICADO AFILIACIÓN	CERTIFICADO AFILIACIÓN	CERTIFICADO AFILIACIÓN	$ 0,00	$ 0,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Aliansalud EPS	Porvenir	Colmena	N.A.	
PERIODO DE PAGO		N/A	N/A	N/A	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/órden 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 exporádica 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 cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial 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 Intergal, 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 se adjuntan los certificados de afiliacion del contrato de prestación de servicios No.020 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	NO	**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)	SI	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	SI	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	
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)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales**	

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600000702*

No. 20262600000702
Fecha Radicado: 05-FEB-2026 04:28 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

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	☐ 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.	☑ 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

—— ○ 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 OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Brindar asistencia técnica y asesoría a entidades gubernamentales de los departamentos priorizados, asegurando la adecuada ejecución de acciones orientadas a garantizar la atención integral de la población sorda, especialmente en la primera infancia, considerando las particularidades territoriales.	Enero 28 de 2026 Revisé el plan de trabajo planteado para la vigencia del 2025, con el fin de tomar elementos para la elaboración del primer borrador del plan de trabajo de asistencia técnica de primera infancia para los 8 dptos priorizads en el 2026. Enero 30 de 2026 Desarrollé encuentro con Lina Pachón para revisar y acordar los ajustes al primer borrador del plan de asistencia técnica para primera infancia para 8 Dptos priorizados del 2026.	Carpeta 1 1.1 Borrador plan de trabajo asistencia técnica 2026 Carpeta 1 1.2 Memorias revisón plan de trabajo AAT 8 Dptos 2026	X												Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
2. Efectuar el seguimiento y acompañamiento técnico a los departamentos atendidos en la vigencia anterior, evaluando el progreso en la implementación de las estrategias y acciones recomendadas para la atención integral de la primera infancia sorda.	Enero 29 de 2026 Revisé plan de trabajo planteado para la vigencia del 2025, y matriz de resultados con el fin de tomar elementos para la elaboración del primer borrador del plan de trabajo de asistencia técnica para los 16 dptos en seguimiento del 2024 y 2025. Enero 30 de 2026 Desarrollé encuentro con Lina Pachón para revisar y acordar los ajustes al primer borrador del plan de seguimiento para primera infancia para16 Dptos en el 2026.	Carpeta 2 2.1 Borrador plan de trabajo 16 Dptos en Seguimiento 2024 - 2025 Carpeta 2 2.2 Memorias revisión plan de trabajo seguimiento 16 Dptos	x												Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.
3. Intervenir en la elaboración y revisión técnica del tercer documento de la serie para la atención educativa de estudiantes sordos, incorporando el enfoque territorial y la perspectiva de interseccionalidad.	Durante este periodo no realice acciones relacionadas con está obligación	N/A													No aplica para el periodo
4. Apoyar la actualización de la ruta para la garantía de trayectorias educativas completas de la población sorda, mediante la participación en procesos de capacitación, la gestión de PQRSD y la atención de los requerimientos relacionados con el objeto contractual.	Enero 26 de 2026 Participé del encuentro para analizar y proyectar las acciones a desarrollar como el equipo FOGES del 2026, para el cumplimiento de productos y metas del plan operativo. Enero 27 de 2026 Realicé la proyección del cronograma de trabajo individual para el cumplimiento de las obligaciones contractuales para el 2026.	Carpeta 4 4.1 Memorias 1er encuentro equipo FOGES Carpeta 4.2 Cronograma trabajo individual 2026	X												Se verificaron las evidencias entregadas por la contratista, corroborando que corresponden a lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CINCUENTA PESOS M/CTE ($793.050)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**793.050**
VALOR EN LETRAS	**SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CINCUENTA PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Inés Esther Díaz

CARGO: Coordinadora del grupo de Fortalecimiento y Gestión de Saberes

C.C: 52384828

Correo electrónico: esther.diaz@insor.gov.co

Diana M Rubiano A

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MARÍA RUBIANO ARROYO

Correo personal: dianamariarubianoa@gmail.com

C.C: 52.443.956 de Bogotá

Aliansalud eps

Aliansalud eps

C E R T I F I C A

Que el señor(a) **DIANA MARIA RUBIANO ARROYO** identificado(a) con CC. **No. 52.443.956** Se encuentra en la actualidad **VIGENTE** en el **PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (P.B.S.)** de Aliansalud EPS, con el contrato No. **F238153996582CC0080220663,** con vigencia desde **01/06/2025**. A la fecha se encuentra al día en el pago de los aportes por concepto de salud. Usuario(a) se encuentra con derecho al servicio.

OBSERVACIONES:

Usuario cotiza como independiente.

Se expide en BOGOTÁ D.C. a los 06 Días del mes de febrero del 2026.

Aliansalud eps
OFICINA PLAZA CENTRAL

Firma Autorizada

Responsable Oficina: **ALIANSALUD PLAZA CENTRAL**

Esta certificación no es válida para traslado entre E.P.S., ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA MARIA RUBIANO ARROYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.443.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	RUBIANO ARROYO DIANA MARIA
IDENTIFICACIÓN:	CC 52443956
INICIO VIGENCIA:	26/01/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	26-01-2026
FECHA FIN CONTRATO:	30-12-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	ADMINISTRATIVO
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3949201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de asociaciones políticas, incluye actividades de las organizaciones políticas y asociaciones auxiliares, como asociaciones juveniles vinculadas a un partido político. Estas asociacione (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS INSOR
CC /NIT:	NI 860016627
CONTRATO:	1053325
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3949201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de asociaciones políticas, incluye actividades de las organizaciones políticas y asociaciones auxiliares, como asociaciones juveniles vinculadas a un partido político. Estas asociacione (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 06 días del mes de febrero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 06/02/2026 7:17:07. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Certificación
Bancaria

Lunes, 02 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA MARIA RUBIANO ARROYO identificado(a) con CC 52443956, 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 de ahorros	20365633809	2004-03-02	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

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:02/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 52443956	DIANA MARIA RUBIANO ARROYO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AK 68 5 17 TO 6 AP 828 Teléfonos: 3102091522

Dirección electrónica: dianamariarubianoa@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: 06/07/2011

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 06/07/2011 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70101 - Actividades de administración empresarial como consultoría profesional

Actividad 2: 8544 - Educación de universidades

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.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14987112948

(415)7707212489984(8020) 000001498711294 8

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

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
RUBIANO	ARROYO	DIANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
ASOMBRO	

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
AV 68 5 17 TO 6 AP 828

42. Correo electrónico dianamariarubianoa@gmail.com

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

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 5 6 0	2 0 2 3 0 4 0 1	8 5 4 4	2 0 1 1 0 7 0 6		7 0 1 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	2 2	4 9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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 RUBIANO ARROYO DIANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 Diana María Rubiano A, identificado (a) con C.C. (X) C.E. ( ) No 52443956, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, dirección Av 68 # 5-17 T 6 Apt 828, 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. 020 DEL 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
Jerónimo Pava Rubiano	1013017199	15-03-2013	Hijo
Abigail Pava Rubiano	1019914058	26-12-2016	Hija

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 matrícula 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 Sal ud 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.

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

2. **Deducción por intereses y/o corrección monetaria:**
Me acojo a este beneficio y presentó los documentos soporte:

SI X NO _____

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%)
Crédito Hipotecario	Bancolombia	06-02-26	

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 6 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.

Diana María Rubiano Arroyo
Nombre Completo del Funcionario o Contratista.

Firma _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1019914058

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55120337

55120337

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 5 F

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

COLOMBIA ------ CUNDINAMARCA ------ BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAVA	RUBIANO

Nombre(s)

ABIGAIL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes DIC Día 26	FEMENINO	A	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	13880061-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RUBIANO ARROYO DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52443956	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80220663	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80220663	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes DIC Día 27	JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Juan Carlos Vargas Jaramillo NOTARIO 42

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1013017199

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52674775

52674775

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 4 E

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAVA	RUBIANO

Nombre(s)

JERONIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes MAR Día 15	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11320083-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
RUBIANO ARROYO DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52 443 956	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.220.663	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PAVA VARGAS HENRY

Documento de identificación (Clase y número)
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 80.220.663

Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA SIETE DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN 27 MAR 2013

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 2013 Mes MAR Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ANGELA DEL PILAR GONDE JIMENEZ
Nombre y firma

NOTARIO SIETE
Encargado

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.019.914.058**
PAVA RUBIANO

APELLIDOS
ABIGAIL

NOMBRES

Abigail

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-2016**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

26-DIC-2034 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

09-DIC-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01480872-F-1019914058-20241210 0142964980A 1 8513806390

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.017.199**
PAVA RUBIANO

APELLIDOS
JERONIMO

NOMBRES
Jerónimo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-MAR-2031 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

30-OCT-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01176419-M-1013017199-20201105 **0072**3181 41A 1 8500897420

Estado de Crédito Hipotecario

en PESOS

Bancolombia

NIT: 890.903.938-8

SEÑOR(A):

DIANA MARIA RUBIANO ARROYO

AV 68 5 17 T 6 AP 828

HIPOTECHO

BOGOTA D.C. BOGOTA D.C.

¡Ten siempre a la mano tus extractos! Consulta o descarga tus extractos del presente mes o los meses anteriores, cada vez que los necesites ingresando a la sucursal virtual personas, opción Documentos-Extractos.

Fecha de Pago	Fecha en que se generó el extracto	Valor a Pagar	Saldo a la fecha en que se generó el extracto
2026/01/16	2025/12/31	$ 1,834,590.33	$ 119,982,499.57

Información General

Número de crédito	90000064588	Plan:	CUOTA CONSTANTE EN PESOS-VIVDA NOVIS	
Tasa interés pactada	9.80% EA	Valor desembolso	$	210,000,000.00
Tasa interés cobrada	9.80% EA	Fecha de desembolso		2019/04/16
Tasa interés subsidiada	0.00% EA	Plazo total en meses		180
Tasa interés mora pactada	14.70% EA	Valor asegurado Incendio y Terremoto	$	428,722,624.78
Tasa interés mora cobrada	0.00% EA			

*EA: Efectiva Anual

Información Próximo Pago

Nro. cuota a cancelar		081	Nro. cuotas vencidas		000
Nro. cuotas pendientes para pago total		100	Valor cuotas vencidas	$	0.00
Valor de la cuota sin seguros y sin comisiones	$	1,728,123.33	Interés de mora	$	0.00
*Valor seguro vida	$	36,157.00	Valor cuota sin subsidio Gobierno	$	0.00
*Valor seguro incendio	$	42,187.00	Valor subsidio Gobierno	$	0.00
*Valor seguro terremoto	$	28,123.00	Valor cuota con subsidio	$	0.00
Valor comisiones	$	0.00			

El costo por el servicio de recaudo de las primas de los seguros de Vida e Incendio y Terremoto es de $21.128 + IVA por cada uno, valor asumido por las aseguradoras. El campo "Valor seguro vida" corresponde al valor de la prima teniendo en cuenta tanto titular como cotitular en caso de que haya lugar. Para conocer la tasa con la que fue calculado el "Valor seguro vida", dirígete al anexo de tasas que contiene este extracto. El campo "Valor asegurado Incendio y Terremoto" se actualiza conforme con las valorizaciones del inmueble de cada año, y para efectos del seguro, se recalcula anualmente en el mes de noviembre.

Movimientos Último Periodo

Fecha aplicación	Descripción	Capital	Intereses		Seguros			Otros Cargos	Total
			Corriente	Mora	Vida	Incendio	Terremoto		
2025/12/16	Pago Cuota	787,087.42	941,035.91	0.00	36,157.00	42,187.00	28,123.00	0.00	1,834,590.33

Observaciones

El campo "Saldo a la fecha en que se generó el extracto" corresponde a la suma de capital, interés corriente, interés de mora, seguros y otros conceptos a pagar.

"En casos de inconsistencias en este extracto favor comunicarse con nuestro revisor fiscal PwC Contadores y Auditores".

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

NIT: 890.903.938-8

Tasas y tarifas Seguro Vida

Edad	Tasa anual (por mil)	Tasa mensual (por mil)
14	0.4434	0.0369
15	0.4734	0.0394
16	0.5054	0.0421
17	0.5396	0.0450
18	0.5762	0.0480
19	0.6152	0.0513
20	0.6568	0.0547
21	0.7013	0.0584
22	0.7488	0.0624
23	0.7994	0.0666
24	0.8536	0.0711
25	0.9113	0.0759
26	0.9730	0.0811
27	1.0389	0.0866
28	1.1092	0.0924
29	1.1843	0.0987
30	1.2645	0.1054
31	1.3501	0.1125
32	1.4415	0.1201
33	1.5390	0.1283
34	1.6432	0.1369
35	1.7544	0.1462
36	1.8732	0.1561
37	2.0000	0.1667
38	2.1354	0.1779
39	2.2799	0.1900
40	2.4343	0.2029
41	2.5991	0.2166
42	2.7750	0.2313
43	2.9628	0.2469
44	3.1634	0.2636
45	3.3776	0.2815
46	3.6062	0.3005
47	3.8503	0.3209
48	4.1109	0.3426
49	4.3892	0.3658
50	4.6863	0.3905
51	5.0036	0.4170
52	5.3423	0.4452
53	5.7039	0.4753
54	6.0900	0.5075
55	6.5023	0.5419
56	6.9424	0.5785

Edad	Tasa anual (por mil)	Tasa mensual (por mil)
57	7.4124	0.6177
58	7.9141	0.6595
59	8.4499	0.7042
60	9.0219	0.7518
61	9.6326	0.8027
62	10.2846	0.8571
63	10.9808	0.9151
64	11.7242	0.9770
65	12.5178	1.0431
66	13.3652	1.1138
67	14.2699	1.1892
68	15.2359	1.2697
69	16.2672	1.3556
70	17.3684	1.4474
71	18.5441	1.5453
72	19.7994	1.6499
73	21.1397	1.7616
74	22.5707	1.8809
75	24.0985	2.0082
76	25.7298	2.1442
77	27.4716	2.2893
78	54.2021	4.5168
79	58.3033	4.8586
80	65.7297	5.4775
81	75.1104	6.2592
82	85.3489	7.1124
83	97.0871	8.0906
84	110.5556	9.2130
85	126.0215	10.5018
86	270.8297	22.5691
87	310.3463	25.8622
88	355.8126	29.6511
89	408.1244	34.0104
90	468.3123	39.0260
91	537.5621	44.7968
92	617.2383	51.4365
93	708.9107	59.0759
94	814.3855	67.8655
95	935.7406	77.9784
96	1,075.3672	89.6139
97	1,236.0161	103.0013
98	1,420.8525	118.4044
99	1,633.5183	136.1265
100	1,878.2032	156.5169

Tasas y tarifas Seguro de Incendio y Terremoto

Tasa Anual (por mil) Sin IVA - INCENDIO	Tasa Anual (por mil) Sin IVA - TERREMOTO
0.9923	0.6615

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario