Certifico la siguiente información con el fin de que sea incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF II – Nación, para creación y/o modificación:

Información General
No. De Identificación 1147935367Tipo C.C. ___X__ Nit _____ C.E. _____
Nombre _Freyddel Brincha Bailarin
Dirección _Gilgal Unguia Choco
Celular/Teléfono: 3106438197

Correo electrónico: Brinchabailarinfreyddel@gmail.com

Ciudad y Departamento: Unguia Choco

Información Tributaria según RUT

RENTA
Contribuyente de renta y complementarios Sí _____ No ___X___
Gran Contribuyente Sí _____ No __X____
Autorretenedor RENTA Sí _____ No ___X___
Autorretenedor IVA Sí _____ No ___X___

RÉGIMEN SIMPLE Sí ___X____ No _____

IVA
Responsable SI _____ NO __X____

FACTURACION ELECTRONICA
Responsable SI _____ NO ___X___

ICA
Contribuyente del Impuesto SI ___X____ NO _____

Actividad Económica
El objeto del Contrato lo desarrolla en Bogotá SI _____ NO __X____
Si no es Bogotá, por favor indique cual, según información de la minuta contractual _Parque Arqueológico Santa María de la Antigua del Darien

RETENCIÓN EN LA FUENTE. (Diligenciar solo en caso de ser contratación directa bajo la modalidad de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión y si se acogió al ART 383 de la indicado en la certificación juramentada, en caso contrario marque NO)

1. Dependiente económico SI _____ NO __X____
2. Pago de medicina prepagada o plan complementario SI _____ NO ___X___
3. Cuenta con crédito hipotecario SI _____ NO __X____
4. ¿Desarrolla su labor directamente? SI ___X____ NO _____

Para los soportes de medicina prepagada/plan complementario, crédito hipotecario, el soporte que se requiere debe corresponder a la vigencia inmediatamente anterior.

Información para Consignación de Pagos

Entidad Financiera: Banco Agrario Ciudad: Unguia; Choco
Tipo de Cuenta: Ahorros: __x__ Corriente: ____
Número Cuenta: 433702043951
Fecha de apertura 9 de enero 2026

Cordialmente



NOMBRES Y APELLIDOS: Freyddel Brincha Bailarin
NÚMERO DE DOCUMENTO: C.C.1147935367