CKP 33526 (49)

	PROCESO GESTION FINANCIERA					Código: FOGF52
INSOR Instituto Nacional para Sordos	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	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha de presentación(dd-mm-año)	2/03/26		
Nombres ó Razón Social:	LORENA SALINAS BASTIDAS	Identificación:	Cédula de Ciudadanía	1.034.777.869 de Bogotá	
Teléfono	3208044099	Correo electrónico	lore.saly17@gmail.com		

INFORMACION DEL CONTRATO

No Contrato	117 -2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Febrero				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	27 DÍAS				
No CDP	8026	No RP	12826	Valor del RP:	$ 40.246.500	Valor pendiente por pagar:	$ 36.796.800	
Fecha del contrato	23/1/2026	Fecha de acta de inicio:	2/2/2026	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		18/12/2026		
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 de apoyo a la gestión orientados a la traducción, adaptación y presentación de recursos inclusivos digitales en Lengua de Señas Colombiana, asegurando estándares de calidad, claridad y coherencia para favorecer los procesos educativos de los estudiantes sordos en Colombia, durante la vigencia de 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 3.449.700
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.449.700

Valor inicial contrato	$	40.246.500
Adición (en el caso de que aplique)	$	-
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)		
Valor Total:	$	40.246.500
Total Ejecutado	$	3.449.700
Saldo	$	36.796.800
Porcentaje de Ejecución		
Porcentaje de Ejecución física		8%
Porcentaje de Ejecución presupuestal		9%

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	Gestión Educativa.	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
$ 1.750.905,00	I	$ 218.863,13	$ 280.144,80	$ 9.139,72	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 218.900,00	$ 280.200,00	$ 9.200,00	$ 0,00	$ 508.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR	PORVENIR	COLMENA		
PERIODO DE PAGO	Febrero	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 trámitar 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__

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600001392*

No. 20262600001392
Fecha Radicado: 03-MAR-2026 03:11 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1

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. 9500404589, corresponde al pago del mes de FEBRERO del contrato de prestación de servicios No.117 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**	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, 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**	
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)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

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 ____ ○ 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
1. Realizar las traducciones preliminares y oficiales en Lengua de Señas Colombiana para los recursos digitales inclusivos de educación inicial para estudiantes sordos.	ACTIVIDADES: •Grabación del borrador de la primera versión de contenidos para adultos (Lorena). •Grabación del borrador de la primera versión de contenidos para adultos (Lorena). •Grabación del borrador de la primera versión de pregrabados de elecciones 2026. •Grabación del borrador de la segunda versión de contenidos para adultos (Lorena). (Febrero 06, 10)	1.EvidenciasFebrero	ENERO: ; FEBRERO: X; MARZO: ; ABRIL: ; MAYO: ; JUNIO: ; JULIO: ; AGOSTO: ; SEPTIEMBRE: ; OCTUBRE: ; NOVIEMBRE: ; DICIEMBRE:	Se realizo la revisión de las evidencias con relación a las actividades mencionadas según la obligación contractual y se evidencia que adjunto 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
2. Realizar las traducciones preliminares y oficiales en Lengua de Señas Colombiana para los recursos digitales inclusivos de datos curiosos, videos promocionales y transmisiones en vivo.	ACTIVIDADES: •Grabación oficial del contenido sobre el método Cornell. •Grabación oficial de contenidos para adultos (Lorena). •Grabación oficial sobre las elecciones (presencial) •Apoyo en la grabación oficial sobre elecciones (presencial). (Febrero 02, 12, 13)	2.EvidenciasFebrero	ENERO: ; FEBRERO: X; MARZO: ; ABRIL: ; MAYO: ; JUNIO: ; JULIO: ; AGOSTO: ; SEPTIEMBRE: ; OCTUBRE: ; NOVIEMBRE: ; DICIEMBRE:	Se realizo la revisión de las evidencias con relación a las actividades mencionadas según la obligación contractual y se evidencia que adjunto 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
3. Participar y aportar en los procesos de retroalimentación orientados al ajuste de los discursos en Lengua de Señas Colombiana para los diferentes tipos de contenidos educativos accesibles.	ACTIVIDADES: •Acuerdos para la elaboración de contenidos en Excel. •Revisión del contexto del contenido sobre Excel de ahorro para adultos. •Revisión de guiones, teniendo en cuenta la inclusión de elementos de la cultura sorda. •Retroalimentación de la primera versión de contenidos para adultos (Lorena). •Revisión de contexto sobre los pregrabados de elecciones 2026. •Retroalimentación de la segunda versión de contenidos para adultos (Lorena) •Retroalimentación de la tercera versión de contenidos para adultos (Lorena) y reunión de aprobación de videos oficiales. •Nueva revisión de guiones, enfatizando la inclusión de elementos culturales de la comunidad sorda. •Segunda revisión de guiones, enfatizando la inclusión de elementos culturales de la comunidad sorda. (Febrero 05, 06, 09, 10, 11, 12, 16, 23)	3.EvidenciasFebrero	ENERO: ; FEBRERO: X; MARZO: ; ABRIL: ; MAYO: ; JUNIO: ; JULIO: ; AGOSTO: ; SEPTIEMBRE: ; OCTUBRE: ; NOVIEMBRE: ; DICIEMBRE:	Se realizo la revisión de las evidencias con relación a las actividades mencionadas según la obligación contractual y se evidencia que adjunto 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.
4. Participar en los espacios de cualificación organizados por la Subdirección de Gestión Educativa.	ACTIVIDADES: •Participación en la reunión RID 2026 como inducción. •Participación en la reunión de la Mesa Técnica de colaboradores sordos de INSOR. •Participación en la capacitación virtual Primeros Auxilios Psicológicos y Manejo de Crisis, realizada el viernes 13 de febrero, de 08:30 a.m. a 12:00 p.m. •Participación en la capacitación virtual Clima laboral saludable y manejo del estrés ocupacional – Eje 2, realizada el viernes 20 de febrero, de 10:40 a.m. a 12:00 p.m. •Participación en la capacitación virtual Seguridad, Orden y Limpieza y Gestión Documental, realizada el viernes 20 de febrero, de 08:30 a.m. a 10:30 a.m. (Febrero 06, 13, 20)	4.EvidenciasFebrero	ENERO: ; FEBRERO: X; MARZO: ; ABRIL: ; MAYO: ; JUNIO: ; JULIO: ; AGOSTO: ; SEPTIEMBRE: ; OCTUBRE: ; NOVIEMBRE: ; DICIEMBRE:	Se realizo la revisión de las evidencias con relación a las actividades mencionadas según la obligación contractual y se evidencia que adjunto 1 documento que corresponden adecuadamente a lo desarrollado durante el presente mes.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($3.449.700)

VALOR CON IVA INCLUIDO	3.449.700
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Magda Stephany Vargas Gualteros

CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

C.C: 1.026.572.425 de Bogotá

Correo electrónico: magda.vargas@insor.gov.co

Lorena Salinas

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LORENA SALINAS BASTIDAS

Correo personal: lore.ssly17@gmail.com

C.C: 1.034.777.869 de Bogotá

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1034777869		LORENA SALINAS BASTIDAS	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 50 # 91-08	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3208044099	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	89712111	9500404589	I	2026/03/16	2026/02/25	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1034777869	SALINAS LORENA	R						X										23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-25	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total			**Afiliados(1)**																		$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LORENA SALINAS BASTIDAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1034777869, se encuentra Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230202	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
31661146

CER-AFI

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

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:

LORENA SALINAS BASTIDAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.034.777.869**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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:	BASTIDAS SALINAS LORENA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1034777869
INICIO VIGENCIA:	02/02/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	02-02-2026
FECHA FIN CONTRATO:	30-12-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	ADMINISTRATIVO
CLASE:	1
TASA:	0,522
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

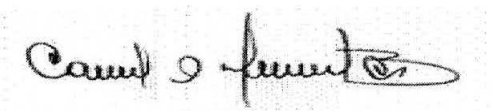
DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS INSOR
CC /NIT:	NI 860016627
CONTRATO:	1053325
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 24 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

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 24/02/2026 20:56:03. 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.

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

Certificación
Bancaria

Martes, 24 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que LORENA SALINAS BASTIDAS identificado(a) con CC 1034777869, 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	09989177971	2018-02-13	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.

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

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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:24/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 1034777869	LORENA SALINAS BASTIDAS

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 33 32 71 Teléfonos: 3208044099

Dirección electrónica: lore.saly17@gmail.com Ciudad: SOACHA Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 07/12/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/03/2016

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/03/2016 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 14892794623

(415)7707212489984(8020) 000001489279462 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 4 7 7 7 8 6 9	2	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 3 4 7 7 7 8 6 9	

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
SALINAS	BASTIDAS	LORENA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca	2 5	Soacha	7 5 4

41. Dirección principal
CL 33 32 71 BRR CIUDAD VERDE

42. Correo electrónico lore.saly17@gmail.com

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

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 6 0 3 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 4 9																									

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 SALINAS BASTIDAS LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO