Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600000762*

No. 20262600000762
Fecha Radicado: 10-FEB-2026 03:17 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

CxP 24026

	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:	ÁLVARO ANDRÉS AGUILAR ANGARITA		**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1.101.692.444 de Socorro (Santander)
Teléfono	3152119747		**Correo electrónico**		alvaroaguilar94@hotmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	021 - 2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Enero				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	15 DÍAS				
No CDP	**10526**	**No RP**	**5126**	**Valor del RP:**	**$**	**52.341.300**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 49.962.150**
Fecha del contrato	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)**		15/12/2026	
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 la gestión, análisis y visualización de datos relacionados con la población sorda en Colombia, mediante la elaboración de tableros de control que consoliden información relevante y oportuna, como insumo estratégico para la toma de decisiones de los usuarios internos y externos del INSOR.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 2.379.150**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 2.379.150**

Valor inicial contrato	**$**	**52.341.300**
Adición (en el caso de que aplique)	**$**	**-**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)		
Valor Total:	**$**	**52.341.300**
Total Ejecutado	**$**	**2.379.150**
Saldo	**$**	**49.962.150**
Porcentaje de Ejecución		
Porcentaje de Ejecución física		5%
Porcentaje de Ejecución presupuestal		5%

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 está 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, PENSION, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 951.660,00	I	$ 118.957,50	$ 152.265,60	$ 4.967,67	N.A.	$ 276.190,77
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 359.000,00	$ 459.500,00	$ 15.000,00	$ 0,00	$ 833.500,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SURA	PORVENIR	COLMENA		
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 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 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 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 el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto según planilla No. 94991111557, corresponde al pago del mes de ENERO contrato de prestación de servicios No.021 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para personas 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 título 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	☐ 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. ○ Si ◉ No

Tarifa Adicional ____

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	VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Diseñar y mantener actualizados los tableros de control de la Subdirección de Gestión Educativa, integrando información interna y bases de datos externas suministradas al INSOR, con el fin de apoyar la toma de decisiones estratégicas.	1.1 Se realizó ajuste al Tablero de Control INSOR Educativo debido a que no se estaba visualizando la información del año 2025. Se identificó que, aunque el tablero cuenta con una lógica de actualización automática que se ejecuta hasta ocho veces al día, los datos correspondientes a los años 2023 a 2025 debían integrarse desde un repositorio histórico. Se ajustó la lógica de consulta y carga de datos, garantizando la correcta visualización, consistencia y completitud de la información.	**1.1 Enlace del tablero de control productivo:** https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiN2UyNmM5MDktMjg0OC00MGQwLWIxYmEtYWMwOD13ZGYyM2ZjIiwidCI6ImNiNjYwNDg2LTg3NmUtNGI4Zi1hZTQ4LTk0NWY1ZmQ3YTVjZiJ9	X	Se verificaron las evidencias entregadas por el contratista corroborando que corresponden con lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación
	1.2 Se realizó un ajuste al tablero de control de la base SIMAT, específicamente en la vista comparativa entre la cantidad de estudiantes reportados en SIMAT y la base de secretarías de REPE, donde se identificó y corrigió un error en el join que afectaba la consistencia de la información, garantizando mayor precisión y confiabilidad en el análisis de los datos.	**1.2 Enlace del tablero de control productivo:** https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYmZiNTdiMTEtZTQ3Yy00ZGRmLTkwZjktZDRmMDdmODM4YjMzIiwidCI6ImNiNjYwNDg2LTg3NmUtNGI4Zi1hZTQ4LTk0NWY1ZmQ3YTViZiJ9		
2. Implementar mejoras en la visualización de la información gestionada por la Subdirección de Gestión Educativa, asegurando que los datos sean de fácil lectura, interpretación y análisis para los diferentes usuarios.	2.1 Se realizó una nueva versión del tablero de control de línea base de primera infancia, conectándolo a la fuente de datos productiva para garantizar información actualizada y confiable; adicionalmente, se ajustó su diseño visual y se incorporaron nuevos filtros por fecha de diligenciamiento y entidad, con el fin de mejorar la experiencia de análisis y fortalecer la toma de decisiones por parte de la Subdirección de Gestión Educativa.	**2.1 Enlace del tablero de control productivo:** https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWVlMTk1ZmYtYjU2MC00ZDcxLThkYzUtNWU3ZjcxYzdhNjkyIiwidCI6ImNiNjYwNDg2LTg3NmUtNGI4Zi1hZTQ4LTk0NWY1ZmQ3YTVjZiJ9	X	Se verificaron las evidencias entregadas por el contratista corroborando que corresponden con lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación
	2.2 Se desarrolló una nueva versión del tablero de control de línea base ruta, integrándolo con la fuente de datos productiva para asegurar información actualizada y confiable; asimismo, se optimizó su diseño visual y se incorporaron filtros por fecha de diligenciamiento y entidad, con el propósito de facilitar el análisis y fortalecer la toma de decisiones de la Subdirección de Gestión Educativa.	**2.2 Enlace del tablero de control productivo:** https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjBlOWYxNzgtZDZjMy00MzZiLTgwY2EtZWFmOThkNjRlYzg4IiwidCI6ImNiNjYwNDg2LTg3NmUtNGI4Zi1hZTQ4LTk0NWY1ZmQ3YTViZiJ9		
3. Fortalecer los procesos de recolección y consolidación de información territorial, mediante el diseño de estrategias que promuevan la precisión, consistencia y eficiencia en el manejo de los datos.	No aplica entregable en este periodo	No aplica para el periodo		No aplica para el periodo
4. Apoyar la actualización de la ruta para garantizar trayectorias educativas completas de las personas sordas, participando en actividades de capacitación, gestionando PQRSD y atendiendo los requerimientos relacionados con el objeto contractual.	No aplica entregable en este periodo	No aplica para el periodo		No aplica para el periodo
5. Participar en las reuniones, mesas técnicas, comités y demás espacios de articulación institucional que sean convocados por la entidad, inherentes a políticas de gestión de la información estadística, con relación a la población sorda colombiana.	5.1 Se participó en el encuentro de planeación del Producto 13, realizado el 29 de enero de 2026 en el INSOR, con el objetivo de proyectar las acciones a desarrollar durante el año en relación con los tableros de control y la información estadística de la Subdirección de Gestión Educativa; en el espacio se definieron líneas de trabajo para la actualización de tableros, fortalecimiento de la línea base, ajustes metodológicos, articulación con REPE y coordinación interinstitucional para mejorar la consolidación y análisis de la información sobre la población sorda y sus trayectorias educativas.	**5.1 Memoria de la reunión:** Memoria producto 13 29012026	X	Se verificaron las evidencias entregadas por el contratista corroborando que corresponden con lo descrito y dan cuenta del inicio de la ejecución de la obligación

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($2.379.150)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**2.379.150**
VALOR EN LETRAS	**DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO 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

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ÁLVARO ANDRÉS AGUILAR ANGARITA

Correo personal: alvaroaguilar94@hotmail.com

C.C: 1.101.692.444 de Socorro (Santander)

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 1101692444		AGUILAR ANGARITA ALVARO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 95 # 71 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	32920359	9499111557	I	2026/02/11	2026/02/03	BANCOLOMBIA	0	$833,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$459,500	$0	$0	$459,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$459,500	$0	$0	$459,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,000	$0	$0	$15,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$15,000	$0	$0	$15,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$359,000	$0	$0	$359,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$359,000	$0	$0	$359,000
TOTAL				**1**	**$833,500**	**$0**	**$0**	**$833,500**

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 1101692444		AGUILAR ANGARITA ALVARO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 95 # 71 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	32920359	9499111557	I	2026/02/11	2026/02/03	BANCOLOMBIA	0	$833,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,871,660	$459,500			$2,871,660	$359,000			$0	$0			$2,871,660	$15,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,871,660	$459,500			$2,871,660	$359,000			$0	$0			$2,871,660	$15,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,871,660	$459,500			$2,871,660	$359,000			$0	$0			$2,871,660	$15,000		$0	$0
1	CC 1101692444	AGUILAR ALVARO	230201	15	$2,871,660	$459,500	EPS010	15	$2,871,660	$359,000		0	$0	$0	14-25	15	$2,871,660	$15,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,871,660	$459,500			$2,871,660	$359,000			$0	$0			$2,871,660	$15,000		$0	$0

2026/02/03 12:15 PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141234680497

(415)7707212489984(8020) 000014123468049 7

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

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AGUILAR	ANGARITA	ALVARO	ANDRES

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
CR 13 138 41

42. Correo electrónico alvaroaguilar94@hotmail.com

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

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

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 AGUILAR ANGARITA ALVARO ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-02-2026 11:15:25AM

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:10/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 1101692444	ALVARO ANDRES AGUILAR ANGARITA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 95 71 31 AP 3 Teléfonos:

Dirección electrónica: alvaroaguilar94@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 06/03/2024 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 18/01/2017

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 31/12/1969 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 6202 - Actividades de consultoría informática y actividades de administración de instalaciones informáticas

Actividad 2: 6209 - Otras actividades de tecnologías de información y actividades de servicios informáticos

Actividad 3: 6810 - Actividades inmobiliarias realizadas con bienes propios o arrendados

Actividad 4: 74902 - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 5: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Fuente: RIT-SHD

Certificación
Bancaria

Lunes, 09 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALVARO ANDRES AGUILAR ANGARITA identificado(a) con CC 1101692444, 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	29086121491	2012-07-28	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-S) 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