CxP 40826

20262600002122
INSOR
Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL
No. 20262600002122
Fecha Radicado: 11-MAR-2026 10:32 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos :

	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
O:	Oficina de Comunicaciones	Pago No:	1	Total de pagos	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	Bogotá	Fecha de presentación(dd-mm-año)		9/3/2026	
	Andrés Escobar García	Identificación:	Cédula de Ciudadanía		16.928.674
	3506698263	Correo electrónico		anesga81@gmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

	034 de 2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Febrero				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
	10826	No RP	8626	Valor del RP:	$ 42.450.440	Valor pendiente por pagar:	$ 38.676.712	
	16/1/2026	Fecha de acta de inicio:	2/2/2026	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		16/12/2026		
nte 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 LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE COMUNICACIONES DEL INSOR EN LA PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, MEDIANTE LA TRADUCCIÓN, SUBTITULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y SINCRONIZACIÓN DE AUDIO EN LAS PRODUCCIONES AUDIOVISUALES INSTITUCIONALES, GARANTIZANDO LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA ASÍ COMO LA COHERENCIA LINGÜÍSTICA Y TÉCNICA DE LOS MATERIALES REQUERIDOS POR LA ENTIDAD.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 3.773.728
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.773.728

Valor inicial contrato	$ 42.450.440
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 42.450.440
Total Ejecutado	$ 3.773.728
Saldo	$ 38.676.712
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 incluya 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**

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	I	$ 218.863	$ 280.145	$ 9.140	N.A.	$ 508.147,65
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 285.000	$ 364.800	$ 12.000	$ 0,00	$ 661.800,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		COMPENSAR EPS	PORVENIR	COLMENA	N/A	
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 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 Interventoria y Supervisión. SI____

2. En calidad de supervisor del contrato/orden 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 esporádica 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____

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 Integral, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA___

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 planila No. 9498689311, corresponde al pago del mes de ENERO, del contrato de prestación de servicios No.034 de 2025 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia 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 juridicas).

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**	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)	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)	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 (personas jurídicas)	No Aplica

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.

○ Si Tarifa adicional ____

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realizacion)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACIÓN (ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE)	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Desarrollar traducciones entre el español y la Lengua de Señas Colombiana para las piezas comunicativas institucionales, contribuyendo al desarrollo de la estrategia de comunicaciones del INSOR.	1. Durante el periodo reportado, realicé las siguientes actividades relacionadas con la traducción de materiales requeridos: 1.1. Traducción BadBunny 1.2. Traducción adaptación Fusa Geo 1.3. Traducción San Valentin 1.4. Traducción Geo IDRD 1 1.5. Traducción Geo RTa 1.6. Traducción Geo Ley 2562 1.7. Traducción Audiencia Rendicion de cuentas 1.8. Traducción Gio Nativas 1.9. Traducción Comunicado 1.10. Traducción Dia del cero discriminación 1.11. Traducción Dia de la Mujer 1.12. Traducción Dia del hombre	1. Carpeta de Evidencias Febrero 2026 / Obligación 1: 1.1. Traducción BadBunny.pdf 1.2.. Traducción adaptación Fusa Geo.pdf 1.3. Traducción San Valentin.pdf 1.4. Traducción Geo IDRD 1.pdf 1.5. Traducción Geo RTa.pdf 1.6. Traducción Geo Ley 2562.pdf 1.7. Traducción Audiencia Rendicion de cuentas.pdf 1.8. Traducción Gio Nativas.pdf 1.9. Traducción Comunicado.pdf 1.10. Traducción Dia del cero discriminación.pdf 1.11. Traducción Dia de la Mujer.pdf 1.12. Traducción Dia del hombre.pdf	x	Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
2. Participar de las reuniones, actividades e iniciativas que se realicen de manera conjunta entre la Subdirección de Promoción y Desarrollo y el equipo de comunicaciones de la entidad y/u otro equipo o grupo de trabajo, apoyando la articulación entre ellas	2. En el periodo reportado, participé en los siguientes espacios: 2.1. Reunión de inicio 2026 2.2. Reu equipo Rendicion Cuentas 2.3. Reunion trafico semanal 23 feb 2.4. Reunión Articulacion Comunicaciones	2. Carpeta de Evidencias Febrero 2026 / Obligación 2: 2.1. Reunión de inicio 2026.jpeg 2.2. Reu equipo Rendicion Cuentas.jpeg 2.3. Reunion trafico semanal 23 feb.jpeg 2.4. Reunión Articulacion Comunicaciones.jpeg	x	Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
3. Adelantar los procesos de subtitulación y voz en off de los contenidos audiovisuales requeridos por el INSOR, en articulación con la Subdirección de Promoción y Desarrollo	3. Durante el periodo reportado, apoyé los procesos de subtitulación, sincronización y voz en off de los siguientes contenidos: 3.1. BadBunny 3.2. Geo Fusa +Sub+Voz+Musica v2 3.3. San Valentin + LSC + Sub + Voz 3.4. Geo IDRD 1 + Voz + Sub + Music 3.5. Glo RTa CRC + Sub + Mus + Voz 3.6. Gio Ley 2562 v2 +sub+mus+voz 3.7. Audiencia Rendicion de cuentas +voz+musica+su 3.8. Gio Nativas+voz+sub+music v1 3.9. Comunicado Geo + Voz + Subtitulos 3.10. Dia del cero discriminación +LSC+Sub+Musi 3.11. Dia de la Mujer +Voz+Sub+Music v1 3.12. Dia del hombre+voz+sub+musica v1	3. Carpeta de evidencias Diciembre 2026 / Obligación 3: 3.1. BadBunny.mp4 3.2. Geo Fusa +Sub+Voz+Musica v2.mp4 3.3. San Valentin + LSC + Sub + Voz.mp4 3.4. Geo IDRD 1 + Voz + Sub + Music.mp4 3.5. Glo RTa CRC + Sub + Mus + Voz.mp4 3.6. Gio Ley 2562 v2 +sub+mus+voz.mp4 3.7. Audiencia Rendicion de cuentas +voz+musica+su.mp4 3.8. Gio Nativas+voz+sub+music v1.mp4 3.9. Comunicado Geo + Voz + Subtitulos.mp4 3.10. Dia del cero discriminación +LSC+Sub+Musi.mp4 3.11. Dia de la Mujer +Voz+Sub+Music v1.mp4 3.12. Dia del hombre+voz+sub+musica v1.mp4	x	Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
4. Apoyar en los procesos de generación de los contenidos audiovisuales requeridos por las diferentes áreas del Instituto Nacional para Sordos para vigencia 2026, incluyendo las transmisiones en vivo, en el marco del objeto contractual, según las necesidades de la entidad y en articulación con la Subdirección de Promoción y Desarrollo.	4. Durante el periodo apoyé los procesos para la generación de los siguientes contenidos audiovisuales: 4.1. Apoyo en mensajes grupo comunicaciones	4. Carpeta de evidencias Febrero 2026 / Obligación 4: 4.1. 4.1. Apoyo en mensajes grupo comunicaciones.mp4	x	Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
5. Apoyar en reuniones o eventos institucionales según requerimiento del supervisor del contrato, en el marco de la estrategia de comunicaciones 2026	5. En el periodo reportado apoyé en la preparación para la transmisión de eventos institucionales: 5.1. Reunión tecnologia Live Rendición de Cuentas	5. Carpeta de evidencias Febrero 2026 / Obligación 5: 5.1. Reunión tecnologia Live Rendición de Cuentas.jpg	x	Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($3.773.728)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**3.773.728**
VALOR EN LETRAS	**TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: José Fernando Duque Gallego
CARGO: Asesor de Dirección
C.C: 10276420 **Correo electrónico:** jose.duque@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Andrés Escobar García
Correo personal: anesgar81@gmail.com
C.C:

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 16928674		ESCOBAR GARCIA ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11 #95-27 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2363340	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	14639061	9498689311	I	2026/02/17	2026/01/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	$707,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$364,800	$0	$0	$364,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$364,800	$0	$0	$364,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$12,000	$0	$0	$12,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,600	$0	$0	$45,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$45,600	$0	$0	$45,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,000	$0	$0	$285,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$285,000	$0	$0	$285,000
TOTAL				1	$707,400	$0	$0	$707,400

2026/01/28 11:45 AM

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 16928674		ESCOBAR GARCIA ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 11 #95-27 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2363340	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	14639061	9498689311	I	2026/02/17	2026/01/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	$707,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	16928674	ESCOBAR ANDRES									X									231001	30	$2,280,000	$364,800	EPS008	30	$2,280,000	$285,000	CCF24	30	$2,280,000	$45,600	14-25	30	$2,280,000	$12,000	30	$0	$0	No	$707,400
Total	Afiliados(1)																						$2,280,000	$364,800			$2,280,000	$285,000			$2,280,000	$45,600			$2,280,000	$12,000		$0	$0		$707,400

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:24/04/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 16928674	ANDRES ESCOBAR GARCIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 11 95 97 AP 501 Teléfonos: 3506698263

Dirección electrónica: anesgar81@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 19/02/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 5920 - Actividades de grabación de sonido y edición de música

Actividad 2: 7420 - Actividades de fotografía

Actividad 3: 74901 - Otras actividades profesionales, cientÃ-ficas y tÃ©cnicas n.c.p. como consultorÃ-a profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 4: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

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 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141075652397

(415)7707212489984(8020) 000014107565239 7

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESCOBAR	GARCIA	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 11 95 27 AP 501

42. Correo electrónico anesgar81@gmail.com

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

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
5 9 2 0	2 0 1 9 0 2 0 1	7 4 2 0	2 0 1 0 0 4 0 1	7 4 9 0	8 2 9 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	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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANDRES ESCOBAR GARCIA Identificado con CC 16928674

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PARK WAY, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24082923048
Fecha de apertura:	14 de Marzo de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 06 de Marzo de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

2. **Deducción por intereses y/o corrección monetaria:**
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)	Porcentaje del valor deducible por concepto de intereses sobre préstamos para adquisición de vivienda (50% ó 100%)
			100%

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 _27_ 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.

Andrés Escobar García

NICOLAS SCOPPA V

Firma 16928674

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.068.978.059

Indicativo Serial 64118540

64118540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 1 J

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

REGISTRADURIA DE CHOACHI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHOACHI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	OIDOR

Nombre(s)

RAFAEL ARTURO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 25	MASCULINO	O	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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	24054610985121

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

OIDOR HERNANDEZ JENNYFER MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.899.119	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16.928.674	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 16.928.674	

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 2024 Mes MAY Día 28	PEDRO ALEXANDER MONTES CAQUEZA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.068.977.928

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63519360

63519360

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 1 J

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

REGISTRADURIA DE CHOACHI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHOACHI.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR.....	OIDOR.....

Nombre(s)

HELEN REBECA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 14	FEMENINO.....	O.....	NEGATIVO

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 MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	221122101927 28.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OIDOR HERNANDEZ JENNYFER MARCELA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.023.899.119.....	COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 16.928.674.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR GARCIA ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 16.928.674.....	

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 2022 Mes NOV Día 22	ENITH YULIETH ALONSO MOLANO (E) – Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.032.879.570**

ESCOBAR INFANTE

APELLIDOS

ANDRES ESTEBAN

NOMBRES

Esteban

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-JUL-2033 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

09-AGO-2022 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1516900-01314821-M-1032879570-20220816 **0081**128506A 1 8505354673