CxP 31626 (57)

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 Promoción y Desarrollo	**Pago No:**	1	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	2/3/2026		
Nombres ó Razón Social:	DAVID ANDRÉS BELLO PARDO	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	80.036.183	
Teléfono	320 3058189	**Correo electrónico**	David_bello_10@hotmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	**089**	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Febrero			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	27			
No CDP	**5626**	**No RP**	**7826**	**Valor del RP:**	**$ 47.886.960**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 43.968.936**
Fecha del contrato	14/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		30/12/2026	
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del período a pagar**	Sin novedades			**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de servicios de apoyo a la gestión en desarrollo de software, administración de bases de datos y optimización de plataformas digitales para el mantenimiento, actualización tecnológica y desarrollo de nuevas funcionalidades de los ecosistemas digitales utilizados por la Subdirección de Promoción y Desarrollo, garantizando la interoperabilidad, escalabilidad y accesibilidad universal de los recursos tecnológicos durante la vigencia 2026

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 3.918.024**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 3.918.024**

Valor inicial contrato	**$ 47.886.960**
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (en el caso de que aplique)	$ -
Valor Total	**$ 47.886.960**
Total Ejecutado	**$ 3.918.024**
Saldo	**$ 43.968.936**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**8%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**8%**

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluyo 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**

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CÁLCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL 40%SI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
NO APLICA	I	$ 0	$ 0	$ 0	N.A.	$ 0,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		SALUD TOTAL	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/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_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 Integral, en lo que respecta específicamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_X_

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600001492*

No. 20262600001492
Fecha Radicado: 03-MAR-2026 04:15 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1.

OK Rel Oscar

Pag 1/3

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. XXXXXX**, corresponde al pago del mes de** XXXXX**, del contrato de prestación de servicios No.**XXX **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. NO APLICA, 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	NO	**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)	SI	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	NO
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)	NO
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 [x] No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000) [ ] Si [x] 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) [x] 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	DETALLAR CON UNA 'X' EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACION												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Desarrollar, actualizar y mantener aplicativos vinculados a procesos de caracterización, evaluación de competencias, servicios de interpretación y competencias comunicativas en LSC.	Actualización, mantenimiento y seguridad de aplicativos web. Se realizaron actividades de actualización, mantenimiento preventivo y fortalecimiento de seguridad en los aplicativos institucionales ENILSCE, Registro Nacional de Intérpretes – RENI, ECOLSC y la Encuesta de Caracterización Sociolingüística de la Población Sorda Colombiana, con el fin de garantizar su estabilidad, disponibilidad y correcto funcionamiento. Las acciones incluyeron revisión de configuraciones del sistema, validación de la integridad de la información, verificación de conectividad con bases de datos y optimización de procesos internos. Como medida adicional de seguridad, se efectuó el cambio de credenciales del correo institucional sistemas@insor.gov.co y la actualización de la configuración del servicio SMTP en los aplicativos, realizando pruebas de funcionamiento para garantizar el correcto envío de correos electrónicos y validación de usuarios. Estas actividades permitieron fortalecer la seguridad de los sistemas y asegurar la continuidad de los servicios institucionales.	https://drive.google.com/file/d/1VkPXZeiIXQSpXZxQhTZqn94D2nNCHTz/view?usp=drive_link			X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
2. Administrar y mantener el micrositio del grupo DECO, garantizando actualización y disponibilidad de contenidos.	No requerido para este periodo	No requerido para este periodo													No requerido para este periodo
3. Realizar pruebas de funcionalidad y no funcionalidad de los aplicativos, en coordinación con la Oficina de Planeación y Sistemas.	No requerido para este periodo	No requerido para este periodo													No requerido para este periodo
4. Elaborar manuales, protocolos, formularios y tutoriales de funcionamiento de aplicativos.	No requerido para este periodo	No requerido para este periodo													No requerido para este periodo
5. Administrar y asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las bases de datos y permisos asociados.	Actualización de usuarios en el Registro Nacional de Intérpretes (RENI). Se realizó la actualización del Registro Nacional de Intérpretes – RENI mediante la incorporación de nuevos usuarios previamente validados, como resultado de un proceso de verificación y revisión de la información suministrada. La actividad incluyó validación de datos personales, estandarización de la información y registro de los nuevos usuarios en la base de datos del sistema. Posteriormente, se verificó la correcta visualización de los registros en el módulo de consulta pública del aplicativo, garantizando la integridad, confiabilidad y disponibilidad de la información institucional. Esta actualización permitió fortalecer la transparencia del registro y ampliar la base oficial de intérpretes registrados.	https://drive.google.com/file/d/1AIsCboCCnCDAtuSdQuddzsKdNT5DIss/view?usp=drive_link			X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
6. Brindar soporte técnico a usuarios, resolviendo requerimientos de manera oportuna.	Soporte técnico a usuaria de la plataforma RENI. Se brindó soporte técnico a la usuaria Andrea Díaz Restrepo, quien presentó dificultades durante el proceso de registro en la plataforma del Registro Nacional de Intérpretes – RENI. La atención se realizó inicialmente mediante comunicación por correo electrónico, donde se identificó el inconveniente y se brindó orientación sobre el procedimiento. Posteriormente, se realizó acompañamiento remoto mediante videollamada con compartición de pantalla, lo que permitió identificar la causa del problema y resolverlo de manera efectiva. Como resultado, la usuaria logró completar satisfactoriamente su proceso de registro, garantizando el acceso adecuado al sistema.	https://drive.google.com/file/d/1Ce3Hwvz3xT2V45bnoQZkuvnQ61b9Da1Z/view?usp=drive_link			X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
7. Apoyar la articulación entre la Subdirección y la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas para el suministro de la información requerida y el diligenciamiento de los formatos correspondientes, en el marco de las acciones relacionadas con el desarrollo de software y la gestión de solicitudes que se realicen en la mesa de ayuda de la Entidad.	Documentación y formalización de requerimientos de software. Se realizó el levantamiento, análisis y formalización de los requerimientos funcionales y técnicos de los aplicativos institucionales mediante el diligenciamiento de los formatos FOGT14 (Análisis de requisitos y requerimientos) y FOGT15 (Descripción y Formalización General de Requerimientos), para los sistemas ECOLSC, ENILSCE, RENI, INSORLab y el Estudio Nacional de Caracterización Sociolingüística de la Población Sorda Colombiana, conforme a los lineamientos de la Oficina de Sistemas. Esta actividad permitió documentar las funcionalidades, características operativas y condiciones de funcionamiento de los sistemas, garantizando trazabilidad, estandarización de la información técnica y apoyo a los procesos de mantenimiento y mejora continua. Los documentos generados se entregan como evidencia del cumplimiento y hacen parte integral del informe.	https://drive.google.com/file/d/1IVGuuwcqpNBzpYbsdN4rwx_XVFnnVsw/view?usp=drive_link			X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe
8. Desarrollar actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual	Se realiza un informe de actividades donde se explica en resumen las actividades de este mes, el documento es llamado 8. INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO.pdf	https://drive.google.com/file/d/1XxaBAGZzvDTL2d2K3CZhW9SWEkEbQeq7/view?usp=drive_link			X									Las actividades aplican para el periodo reportado en el presente informe

OBSERVACIONES ADICIONALES: Durante la ejecución de las actividades relacionadas no se materializó ninguno de los riesgos relacionados en el estudio previo que hace parte integral del presente contrato

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL VEINTICUATRO PESOS M/CTE ($3.918.024)

VALOR CON IVA INCLUIDO	$ 3.918.024
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL VEINTICUATRO PESOS M/CTE

Pag 2 | 3 Anexos.
OK Rad Oscar

FIRMA DEL SUPERVISOR Del 2 de febrero al 23 de febrero de 2026 NOMBRE DEL SUPERVISOR: ÓSCAR ZAPATA SUÁREZ CARGO: Profesional universitario 2044-08 C.C: 79.884.890 Correo electrónico: oscar.zapata@insor.gov.co	FIRMA DEL SUPERVISOR Del 24 al 28 de febrero de 2026 NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELFA YANETH VARGAS DIAZ CARGO: Profesional universitario 2044-08 C.C: 51.699.923	FIRMA DEL CONTRATISTA NOMBRE DEL CONTRATISTA: DAVID ANDRÉS BELLO PARDO Correo personal: David_bello_10@hotmail.com C.C: 80.036.183

Pag 3/3

Ok
Rev
Oscar

Bogotá, Febrero / 26 de 2026

Señor (a): DAVID ANDRES BELLO PARDO
CC. 80036183
CL 89 D 112I 34
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Noviembre / 25 de 2014, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

DAVID ANDRES BELLO PARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.036.183**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 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:	BELLO PARDO DAVID ANDRES
IDENTIFICACIÓN:	CC 80036183
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 26 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 26/02/2026 19:31:11. 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.

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:03/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 80036183	DAVID ANDRES BELLO PARDO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 89D 112I 34 Teléfonos: 4424862

Dirección electrónica: david_bello_10@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: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 06/06/2006

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/06/2006 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 1812 - Actividades de servicios relacionados con la impresión

Actividad 2: 4774 - Comercio al por menor de otros productos nuevos en establecimientos especializados

Actividad 3: 6201 - Actividades de desarrollo de sistemas informáticos (planificación, análisis, diseño, programación, pruebas)

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 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141057701200

(415)7707212489984(8020) 000014105770120 0

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

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
BELLO	PARDO	DAVID	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: CL 89 D 112 I 34 BRR CIUDADELA COLSUBSIDIO

42. Correo electrónico: david_bello_10@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 4 2 4 8 6 2	3 2 0 3 0 5 8 1 6 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
1 8 1 2	2 0 0 6 0 6 0 1						3 4 7 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	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

Certificado
Bancario

Lunes, 11 de marzo de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DAVID ANDRES BELLO PARDO identificado(a) con CC 80036183, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20536109514	2005/06/14	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (605) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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