

CONTRATO :	CMP-PS-CD-048-2026.
OBJETO DEL CONTRATO :	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA.
NOMBRE DEL CONTRATISTA :	Harold Hernandez Parra CC.1,143,863,169
VALOR DEL CONTRATO :	\$ 24,000,000.00
SUPERVISOR O INTERVENTOR :	Leidy Johana Padilla Ruíz - Supervisor Concejo Municipal De Palmira
FECHA ACTA DE INICIO :	26 de Enero de 2026.
FECHA DE FINALIZACIÓN :	30 de Junio de 2026.
INFORME CORRESPONDIENTE ACTA PARCIAL No.:	Cuota número 2 mes Febrero de 2,026
CUENTA DE COBRO POR VALOR DE :	<i>CUATRO MILLONES MCTE (\$4,000,000.00).</i>

#### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS

**1 . - OBLIGACIÓN CONTRACTUAL :** 1. Brindar apoyo profesional en la comunicación y divulgación institucional del Concejo Municipal de Palmira

**ACTIVIDADES REALIZADAS :** Apoyé la comunicación y divulgación institucional del Concejo Municipal de Palmira durante el mes de febrero, realizando la difusión de las sesiones, la elaboración de boletines informativos y la gestión de contenidos para mantener informada a la ciudadanía.

**2 . - OBLIGACIÓN CONTRACTUAL :** 2. Brindar apoyo profesional en la comunicación y divulgación institucional de los Proyectos de Acuerdo del Concejo Municipal de Palmira,

**ACTIVIDADES REALIZADAS :** Apoyé profesionalmente en la comunicación y divulgación institucional de los Proyectos de Acuerdo del Concejo Municipal de Palmira, realizando la elaboración de piezas informativas, la difusión de los avances de cada iniciativa en los canales oficiales y el acompañamiento comunicacional a las sesiones donde fueron socializados y discutidos.

**3 . - OBLIGACIÓN CONTRACTUAL :** 3. Brindar apoyo comunicacional en las sesiones de comisiones y plenarios,

**ACTIVIDADES REALIZADAS :** Durante febrero, apoyé las sesiones de comisiones y plenarios del Concejo Municipal de Palmira, realizando registro informativo y elaborando contenidos para su oportuna difusión

**4 . - OBLIGACIÓN CONTRACTUAL :** 4. Brindar apoyo profesional en la redacción, edición y corrección de documentos comunicacionales,

**ACTIVIDADES REALIZADAS :** fortalecí los procesos comunicacionales en redacción y edición de documentos institucionales, asegurando calidad y precisión en cada pieza emitida.

**5 . - OBLIGACIÓN CONTRACTUAL :** 5. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión del contrato.

**ACTIVIDADES REALIZADAS :** Asistí a todas las reuniones convocadas por el jefe de área y realizo correctamente el cargue de sus documentos en la plataforma secop II.



Alcaldía de Palmira

Nit : 891.380.007-3

**PROCESO:** GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
INFORME DE AVANCE DE ACTIVIDADES

ACTFO-035  
Versión.07  
27/02/2025

Página 2

**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**



EVIDENCIA 4



EVIDENCIA 3



Alcaldía de Palmira

Nit : 891.380.007-3

**PROCESO:** GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
INFORME DE AVANCE DE ACTIVIDADES

ACTFO-035  
Versión.07  
27/02/2025

Página 3



EVIDENCIA 2



EVIDENCIA 1

**DOCUMENTOS ADICIONALES APORTADOS**

1. SECOP Y COMPLEMENTO.pdf
2. DOCUMENTOS ADICIONALES.pdf
3. DECLARACIÓN JURAMENTADA.pdf
4. CERTIFICADO BANCARIO.pdf
5. INFORME DE GESTIÓN EVIDENCIAS.pdf



Alcaldía de Palmira

Nit : 891.380.007-3


**PROCESO:** GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
INFORME DE AVANCE DE ACTIVIDADES

ACTFO-035

Versión.07

27/02/2025

Página 4

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL :	Certifico bajo la gravedad de juramento que la planilla integrada autoliquidación de aportes No. 45938169, corresponde al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. CMP-PS-CD-048-2026, cumpliendo de esta manera con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.	
CONTRATISTA :	FIRMA	 hhernandez- IP : 190.253.250.135. Fecha : 2026-02-20 09:18:40
	FECHA GENERACIÓN	2026-02-28 00:00:00
	VERIFICACIÓN	657f98f911a70753f8704b2293df76eb
	USUARIO AUTORIZA	ljpaddilla







Alcaldía de Palmira  
NIT: 891.380.007-3

PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
INFORME DE SUPERVISIÓN - PERSONA NATURAL

Código	ACTFO-060
Versión	1
Aprobado	18/02/2026
Página	2 de 3

Informe Supervisión # 2 del Contrato # CMP-PS-CD-048-2026

**Observaciones al informe contable y financiero:** CUMPLE CON EL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**Información del pago de seguridad social:** El contratista presenta los soportes de pago de seguridad social.

Período	Nro. Planilla	Fecha Pago	Operador	Salud	Pensión	ARL
Enero 2026	45938169	2026-02-09	Mi planilla	\$ 300,000 Comfenalco Valle EPS	\$ 384,000 Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones	\$ 12,600 Positiva Compañía de Seguros Nivel: 1
IBC Contrato			IBC Planilla		Valor Pago Planilla	
\$ 1,600,000			\$ 1,750,905		\$ 696,600	

**Observaciones:**

INFORME TÉCNICO  
VERIFICACIÓN Y EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES REALIZADAS ASOCIADAS AL CONTRATO

El contratista presento a satisfacción el informe de actividades correspondiente a la cuota número 2, el supervisor da fe de lo presentado.

Nro.	Obligación	Observación
1	1. Brindar apoyo profesional en la comunicación y divulgación institucional del Concejo Municipal de Palmira	El Contratista Si Ejecuto Esta Actividad Durante El Mes De Febrero.
2	2. Brindar apoyo profesional en la comunicación y divulgación institucional de los Proyectos de Acuerdo del Concejo Municipal de Palmira,	El Contratista Si Ejecuto Esta Actividad Durante El Mes De Febrero.
3	3. Brindar apoyo comunicacional en las sesiones de comisiones y plenarias,	El Contratista Si Ejecuto Esta Actividad Durante El Mes De Febrero.
4	4. Brindar apoyo profesional en la redacción, edición y corrección de documentos comunicacionales,	El Contratista Si Ejecuto Esta Actividad Durante El Mes De Febrero.
5	5. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión del contrato.	El Contratista Si Ejecuto Esta Actividad Durante El Mes De Febrero.

PRESENTÓ INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES	SI : X	NO :	
FECHA INFORME	<b>DÍA:</b> 28	<b>MES :</b> Febrero	<b>AÑO :</b> 2026
CUMPLIÓ CON EL OBJETO CONTRACTUAL DETERMINADO EN EL CONTRATO RESPECTIVO	SI : X.	NO :	

**Observaciones al informe :**

El presente informe corresponde a la cuota Nro. 2 por valor de \$4,000,000 según lo estipula el contrato Nro. CMP-PS-CD-048-2026-2026, por valor total de \$24,000,000 que fue firmado el 23 de Enero de 2026.

Cumple con las actividades del contrato

CONCLUSIÓN:

Con este informe se certifica la ejecución del objeto contractual y se autoriza el pago de la cuota Nro. 2.



Alcaldía de Palmira  
NIT: 891.380.007-3

PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
INFORME DE SUPERVISIÓN - PERSONA NATURAL

Código	ACTFO-060
Versión	1
Aprobado	18/02/2026
Página	3 de 3

Informe Supervisión # 2 del Contrato # CMP-PS-CD-048-2026

Para constancia de lo anterior se firma en Palmira, a los 28 días del mes de Febrero de 2026.

Leidy Johana Padilla Ruíz  
Supervisor

**Personas que intervienen en la elaboración del documento:**

<b>Revisado y autorizado por :</b>	lpadilla - Leidy Johana Padilla Ruíz - IP: 190.144.251.102 - 2026-02
<b>Revisado y autorizado por :</b>	lpadilla - Leidy Johana Padilla Ruíz - IP: 190.144.251.102 - 2026-02
<b>Revisado y autorizado por :</b>	lpadilla - Leidy Johana Padilla Ruíz - IP: 190.144.251.102 - 2026-02
<b>Documento generado por :</b>	lpadilla - Leidy Johana Padilla Ruíz - IP: 190.144.251.102 - 2026-02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143863169	HAROLD HERNANDEZ PARRA		CRA 46 2A 60	8819087	haroldhernandez.1995@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	09/02/2026	45938169	\$696.600	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

#### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	1

#### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0	0	384.000	1

#### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	1

#### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

#### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>696.600</b>	<b>696.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143863169	HAROLD HERNANDEZ PARRA		CRA 46 2A 60	8819087	haroldhernandez.1995@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	09/02/2026	45938169	\$696.600		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1143863169	HERNANDEZ PARRA HAROLD	59	0			N																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS012	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



Harold Hernandez Parra &lt;haroldhpse@gmail.com&gt;

**PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 48049241**

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: haroldhpse@gmail.com

8 de febrero de 2026 a las 22:08

**¡Hola, Harold Hernandez Parra!****Estado de la Transacción:** Aprobada ✓**Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 696.600**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 08/02/2026**CUS:** 48049241

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

## INFORME DE ACTIVIDADES

### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CMP-PS-CD-xxxx-2026

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:	CMP-PS-CD-048-2026
NOMBRE CONTRATISTA: CEDULA	HAROLD HERNANDEZ PARRA
OBJETO CONTRACTUAL:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA "
VALOR DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES DE PESOS (\$ 4.000.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ, A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y HASTA 30/06/2026
FECHA DE INICIO:	27 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACION:	30 DE JUNIO DE 2026
FORMA DE PAGO:	SEIS (06) CUOTAS DE CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 4.000.000)
NOMBRE Y CARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Leidy Johana Padilla Ruiz Profesional Universitario Grado 2
PERIODO DE SUPERVISIÓN:	Febrero 2026

### ACTIVIDADES

Se digita las actividades estipuladas en el contrato y de acuerdo a estas colocar las realizadas durante el mes, con las respectivas evidencias.

	
SESIÓN PLENARIA	SESIÓN PLENARIA
	
FEED REDES SOCIALES CONCEJO	APOYO FOTOGRAFICO PLENARIA

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Harold', with a stylized flourish underneath.

HAROLD HERNANDEZ PARRA  
1.143.863.169

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, HAROLD HERNANDEZ PARRA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.143.863.169, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

1. Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios "He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por, al menos, noventa (90) días continuos o discontinuos" (Parágrafo 2 art.383 E.T.).

SI \_\_\_ NO

2. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso:

## DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
HAROLD HERNANDEZ LONDOÑO	PADRE	62

- 2.1. Declaro que mi cónyuge, \_\_\_\_\_ identificado (a) con la C.C. No. \_\_\_\_\_ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

3. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

- 3.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI \_\_\_ NO

- **El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) \_\_\_\_\_
- **El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) \_\_\_\_\_

- 3.2. **Aporte cuenta AFC:** Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI \_\_\_ NO

3.3. **Aportes voluntarios a pensión:** (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI \_\_\_ NO X

3.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI \_\_\_ NO X

4. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

5. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** "(...) *Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)*", por consiguiente:

- Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI \_\_\_ NO X estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
- Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

La presente manifestación se firma en la ciudad de Palmira a los 20 días del mes de Febrero de 2026

Atentamente,

---

Firma del Contratista

C.C. No. 1.143.863.169

e-mail haroldhernandez.1995@hotmail.com

Cel. No. 3187128974

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

141058075695



(415)7707212489984(8020) 0000141058075695 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 3 8 6 3 1 6 9

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 1 4 3 8 6 3 1 6 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

PARRA

33. Primer nombre

HAROLD

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CR 46 2 A 60

42. Correo electrónico

haroldhernandez.1995@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 7 1 2 8 9 7 4

45. Teléfono 2

6 0 2 3 7 1 3 3 5 7

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

8 5 5 3

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 8 2 9

## Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 8 2 9

## Otras actividades

50. Código

8 2 1 1

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código   

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código            
         55. Forma  56. Tipo  Servicio     
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 

60. No. de Folios:

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

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

HAROLD HERNANDEZ PARRA identificado con CC. 1143863169 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	MUNICIPIO DE PALMIRA
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 891380007

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/01/27	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/01/26
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/06/30
<b>Riesgo</b>	1	<b>Código actividad económica</b>	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES
<b>Estado afiliación</b>	Activo		
<b>Fecha retiro</b>		<b>Estado del contrato</b>	Activo

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC29012026H1143863169H4753008**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

# Certificación Bancaria

Viernes, 20 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que HAROLD HERNANDEZ PARRA identificado(a) con CC 1143863169, 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	91218373238	2021-02-10	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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)