INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CD-PSP-0643-2026

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 02.02.2026 hasta el 28.02.2026	
Fecha en la que se rinde el informe :	07.04.2026

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
NIT / C.C.:	10721904508
Supervisor:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Cargo:	DIRECTORA OPERATIVA / DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR EN LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	26.01.2026
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	02.02.2026
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100077572
Registro Presupuestal	4600036567
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$82,480,430
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$82,480,430
Plazo de Ejecución Inicial	10 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	10 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	01.12.2026
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 12%

1. Participar en el proceso del plan anual de adquisiciones y de proyectos de la dirección de salud pública conforme a las directrices establecidas :
- Se desarrolló un análisis del plan anual de adquisiciones elaborado en el año 2025 para la vigencia 2026, teniendo en cuenta la contratación 2026 a la fecha.

2. revisar y hacer seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública y

enviar periódicamente los informes correspondientes :
-Se analizó y se realizó seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública a corte 28 de febrero de 2026.

3. cooperar con el seguimiento y pagos de contratos de personas natural y/o jurídica e informar a la dirección de salud pública las alertas tempranas. :
- Se realizó seguimiento de pagos de contratos de personas natural de acuerdo ejecución a corte 28 de febrero de 2026.

4. cooperar con el seguimiento de la ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud publica :
- Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud pública a corte 28 de febrero de 2026.

5. Participar en el seguimiento a cuentas, proyectos reservas de los contratos inherentes a las dependencias de la dirección de salud pública.:
- Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel de las reservas del año 2025, ajustando las justificaciones para elaborar el acto administrativo.

6. Proyectar, revisar y consolidar los informes administrativos y contables designados por la dirección de salud publica :
-Actividad no requerida en este periodo.

7. Cooperar en el proceso precontractual de persona natural y/o jurídica del componente financiero que le sea asignado, conforme a las directrices establecidas :
- Se desarrolló un análisis de procesos contractuales para iniciar el año 2026, y de este modo desarrollar los componentes financieros como son análisis del mercado, del sector y determinar presupuesto.

8. Participar en las reuniones, comités y mesas de trabajo que le sean asignados. :
- Se asistió a reuniones programadas por el componente financiero e igual manera se asistió a reunión del plan de salud

9. Cooperar con las demás actividades que le sean asignadas acorde a la naturaleza del contrato.:
- Actividad no requerida en este periodo.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
DIRECTORA OPERATIVA / DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

08 ABR 2025

INFORME DE CONTRATISTA SS-CD-PSP-0643-2026	
Informe Parcial */ 01*	*Informe Final ___*
Periodo del Informe: *Del 02 de febrero de 2026 hasta el 28 de febrero de 2026*	
Fecha en que se rinde el informe	*07 de abril de 2026*

OBLIGACIONES, ACTIVIDADES ESPECÍFICAS Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Participar en el proceso del plan anual de adquisiciones y de proyectos de la dirección de salud pública conforme a las directrices establecidas	Se desarrolló un análisis del plan anual de adquisiciones elaborado en el año 2025 para la vigencia 2026, teniendo en cuenta la contratación 2026 a la fecha.	Excel PAA 2026
2. revisar y hacer seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública y enviar periódicamente los informes correspondientes	Se analizó y se realizó seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública a corte 28 de febrero de 2026.	Ejecución presupuestal a corte 28 de febrero de 2026. PLAN DE ACCIÓN 2026 SEC SALUD V007 R 26022026 SSC
3. cooperar con el seguimiento y pagos de contratos de personas natural y/o jurídica e informar a la dirección de salud pública las alertas tempranas.	Se realizó seguimiento de pagos de contratos de personas natural de acuerdo ejecución a corte 28 de febrero de 2026.	Archivo de Excel EJECUCION FEBRERO 2026 -JAHIR ROMERO
4. cooperar con el seguimiento de la ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud publica	Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud pública a corte 28 de febrero de 2026.	BASE DE DATOS RESERVAS EN EXCEL.
5.Participar en el seguimiento a cuentas, proyectos reservas de los contratos inherentes a las dependencias de la dirección de salud pública.	Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel de las reservas del año 2025, ajustando las justificaciones para elaborar el acto administrativo.	BASE DE DATOS RESERVAS EN EXCEL.
6.Proyectar, revisar y consolidar los informes administrativos y contables designados por la dirección de salud publica	Actividad no requerida en este periodo.	N/A
7.Cooperar en el proceso precontractual de persona natural y/o jurídica del componente financiero que le sea asignado, conforme a las directrices	Se desarrolló un análisis de procesos contractuales para iniciar el año 2026, y de este modo desarrollar los componentes financieros como son análisis del mercado, del sector y determinar	Reunión con la Doctora Liliana

establecidas	presupuesto.	
8.Participar en las reuniones, comités y mesas de trabajo que le sean asignados.	Se asistió a reuniones programadas por el componente financiero e igual manera se asistió a reunión del plan de salud	 
9.Cooperar con las demás actividades que le sean asignadas acorde a la naturaleza del contrato.	Actividad no requerida en este periodo.	N/A

Cordialmente,

Firma Contratista

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 de Sibaté
Correo: catalinacamacho243@gmail.com
Teléfono: 3136296947

Bogotá, D. C., **07 de abril de 2026**

CUENTA DE COBRO No. 01

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 de Sibaté

LA SUMA DE: SIETE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE ($7.973.108,oo)

POR CONCEPTO DE: "PRESTAR EN LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA SERVICIOS PROFESIONALES Y ESPECIALIZADOS ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD", Según el contrato de prestación de Servicios No. CD-PSP-0643-2026.

Del periodo correspondiente a: **02 DE FEBRERO DE 2026 A 28 DE FEBRERO DE 2026**

Consignar el valor de la presente en: Banco BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros **N° 94532025561**

Cordialmente,

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 de Sibaté

Celular No: 3136296947

Correo electrónico: catalinacamacho243@gmail.com

Certificación
Bancaria

Lunes, 16 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGY LIZBETH XIOMARA CAMACHO CASTELLANOS identificado(a) con CC 1072190450, 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	94532025561	2014-10-06	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Bogotá, D.C., 15 de marzo de 2026

Señores:
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
SECRETARIA DE SALUD

En mi calidad de CONTRATISTA me permito certificar lo siguiente:

Señale con una X y complete

- ○ Que mi patrimonio a **diciembre 31 de 2025** fue superior a 4.500 UVT es decir **$ 224.095.500** de conformidad con el articulo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI ____ NO __X__
- ○ Que mis ingresos ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2025** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$ 69.718.600** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI __X__ NO ____
- ○ Que tengo pago de Intereses y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) $_____ mensual
- ○ Deducciones por salud por contratos de **medicina prepagada** o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ○ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2026**. $ _____
- ○ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2026**). ____
- ○ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2026**. $_____
- ○ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT ($ 13.617.240), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal VALOR **PROMEDIO MENSUAL 2026**. $_____
- ○ Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, ($13.617.240) certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2026** $_____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
_____	_____
_____	_____

- ○ Deducción por aportes de salud (Plan Obligatorio) de acuerdo con la Ley $ _____
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ _____
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____

SI ____ NO __X__ Hare uso de costos y deducciones asociados a los pagos por concepto de HONORARIOS.

Nota: Si su respuesta es SI, su factura o cuenta de cobro estará sujeta a la retención en la fuente del artículo 392 del Estatuto Tributario, a una tarifa del 11% o 10% por concepto de Honorarios o comisiones, o del 6% o 4% por concepto de servicios, y no podrán hacer uso de las deducciones y rentas exentas, mencionadas en los numerales anteriormente diligenciados en el presente documento, para disminuir la base sobre la cual se practica la retención en la fuente.

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE DE RENTA SI __X__ NO _

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento conforme a los artículos 206, 383, 387, 387-1, 388, 392, y 401 del Estatuto Tributario y el Decreto 1625 de 2016 (Decreto Único Reglamentario en materia Tributaria).

FIRMA _____
ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
1.072.190.450 de Sibaté

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072190450	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO		Carrera 7 No. 5a-05	3136296947	angycamacho895@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/02/2026	57705297	$585.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	250.000	0		0		0	14	2.300	0	252.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	320.000	0	0	0	0	14	2.900	0	322.900	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	10.500				10.500	14	100	10.600			105	10.600	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
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	252.300
Pensión	1	320.000	322.900
Riesgos Laborales	1	10.500	10.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	585.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072190450	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO	Carrera 7 No. 5a-05	3136296947	angy.camacho89@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2026-01	2026-01	1	26/02/2026	57705297	TOTAL A PAGAR	
					$585.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustitu	Extranjero	Colom. Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1072190450	CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA	59	0			N																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS010	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, D.C., 15 de marzo de 2026

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, **ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.072.190.450 de Sibaté declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaría de Salud de Cundinamarca que **SI** __X__ **NO** ____ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.

- Igualmente declaró que pagó los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 expedida en Sibaté

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141124556887

(415)7707212489984(8020) 000014112455688 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 2 1 9 0 4 5 0	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMACHO	CASTELLANOS	ANGY	LIZBETH XIOMARA CATALINA

35 Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

41. Dirección principal: CR 7 5 A 05 BRR SAN RAFAEL

42. Correo electrónico: nicogomezasamblea1@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 6 2 9 6 9 4 7	3 1 2 5 9 1 3 7 3 7

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
6 9 2 0	2 0 2 2 0 5 1 8	7 4 9 0	2 0 2 2 1 0 3 1	6 8 1 0			

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 61. Fecha 2024-09-11 / 03:47:01PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico 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 CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 16-03-2026 06:20:45PM