

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMAT CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSION: 6
FN.FT.01



DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	1,018,437,243
NOMBRE	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	AND-059-2026	VIGENCIA	DESDE	1	FEBRERO	2026
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 132,000,000.00		HASTA	31	DICIEMBRE	2026

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO		PRÓRROGA HASTA	DÍA	MES	ANO
VALOR CEDIDO		FECHA CEDIDO	DÍA	MES	ANO
SUSPENSIÓN		DESDE	DÍA	MES	ANO
		HASTA	DÍA	MES	ANO
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 132,000,000	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	ANO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSION	NÚMERO DE CDP	426	NÚMERO DE RP	6526
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302024-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	SEGUNDO (2)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 12,000,000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 12,000,000
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 24,000,000
SALDO POR PAGAR	\$ 108,000,000
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 768,000.00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 600,000.00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 25,100.00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	

BASE GRAVABLE	\$ 0.00
IVA	\$ 0.00
TOTAL	\$ 0.00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO BCSC
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	24087831005

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
 ** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

- Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
- En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
- De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
- En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
- De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

Angelica Clavijo Bernal

FIRMA: ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
MARICELA TORRENEGRA BARRIOS	ASESORA DE DIRECCIÓN	DIRECCIÓN GENERAL

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

Maricela Torrenegra Barrios

FIRMA: MARICELA TORRENEGRA BARRIOS

Revisó: Carlos Andrés Corredor - Contratista
 Revisó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo
 Revisó: Juan Luis López - Contratista
 Revisó: Carlos Garav - Líder Anexo 2

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



Fecha de expedición del documento: Abril de 2026

Nombre: ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL

N° contrato: AND-059-2026

Fecha de inicio: 1/02/2026

Fecha de terminación: 31/12/2026

Período de pago: Marzo de 2026

N° de pago y/o factura: 002

Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales para apoyar de manera parcial y especializada la gestión estratégica, articulación y estructuración de insumos relacionados con cooperación internacional, gestión de proyectos y relacionamiento institucional asociados al desarrollo transversal de los Servicios Ciudadanos Digitales, en el marco del Convenio Interadministrativo correspondiente a la vigencia de 2026, suscrito con MinTIC.

Supervisor: MARICELA TORRENEGRA BARRIOS

*N°	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Apoyar la identificación, análisis y priorización de oportunidades de cooperación internacional relacionadas con Servicios Ciudadanos Digitales y transformación digital del Estado.	Durante el mes de marzo se apoyó con la estructuración del documento para talleres participativos evolución del Assessment (evaluación) de Madurez Digital y Capacidades para la Adopción de los Servicios Ciudadanos Digitales (SCD).	Obligación 01

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*N o	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
02	Elaborar insumos técnicos y estratégicos para la articulación institucional con actores nacionales e internacionales cuando sea requerido en el marco del convenio interadministrativo de SCD de 2026.	En el periodo reportado se brindó apoyo en la estructuración del marco normativo y metodológico del Assessment.	Obligación 02
03	Apoyar la estructuración de documentos, presentaciones y soportes requeridos para procesos de relacionamiento, gestión y toma de decisiones del proyecto.	Durante marzo se apoyó con la estructuración del plan de trabajo de Assessment	Obligación 03
04	Apoyar el análisis de experiencias y buenas prácticas internacionales aplicables a la implementación y evolución de los Servicios Ciudadanos Digitales.	Se apoyó con la estructuración del documento de la autoevaluación guiada para identificar el nivel de madurez de la entidad frente a las iniciativas del ecosistema de Servicios Ciudadanos Digitales (SCD).	Obligación 04
05	Apoyar la construcción de mapas de actores y matrices de articulación institucional (stakeholders) asociados al ecosistema de Servicios Ciudadanos Digitales.	En el mes reportado se brindó apoyo en la estructuración del marco normativo y metodológico del Assessment.	Obligación 05
06	Apoyar la definición de rutas de gestión y coordinación interinstitucional para el cumplimiento de objetivos del convenio interadministrativo de SCD de 2026.	Durante marzo se brindó apoyo con el Documento Diagnóstico con el propósito es validar y profundizar los resultados de la	Obligación 06

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



*N o	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		autoevaluación (Instrumento 1), identificar brechas críticas y recoger información cualitativa que no es posible capturar con preguntas cerradas.	
07	Apoyar la estructuración de agendas de trabajo con actores estratégicos, incluyendo preparación de insumos previos y mensajes clave.	Se apoyó con la estructuración del Plan de Trabajo	Obligación 07
08	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación directa con su objeto contractual.	Se participa de las reuniones correspondientes al mes de marzo	Obligación 08
09	Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del contrato	Se apoyó con estructuración del informe de labores adelantadas en marzo	Obligación 09

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
FEBRERO	1080582577 - 1081451997

Presentó:

Angelica Clavijo Bernal

Firma Contratista
ANGELICA CLAVIJO BERNAL

Aprobó

Maricela Torrenegra B.

Firma Supervisor
MARICELA TORRENEGRA
ASESORA DE DIRECCIÓN

Revisó: Carlos Andrés Corredor - Contratista *[Signature]*
Revisó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo *[Signature]*
Revisó: Juan Luis López - Contratista *[Signature]*
Revisó: Carlos Garav - Líder Anexo 2 *[Signature]*

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES

Versión: 1
FN.FT.04



Bogotá D.C., 1 de abril de 2026

Señores

CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL

Ciudad

Yo Angelica Natalia Clavijo Bernal, identificada con la cédula de ciudadanía 1.018.437.243 de Bogotá, Empleado () Contratista (X), de la Subdirección de Desarrollo y SCD, con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
X	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente ⁽²⁾ - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente

⁽²⁾ Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES

Versión: 1

FN.FT.04

Número de anexos: 1



Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.

Angelica Clavijo Bernal.

Firma

Angelica Clavijo Bernal

C.C. 1.018.437.243 de Bogotá.

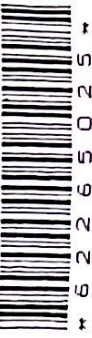


REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

62265025

NUIP 1014748492



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 3 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
 COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 40 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido PINZON * * * * * Segundo Apellido CLAVIJO * * * * *

Nombre(s) JOAQUIN * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 0 5 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
 COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo 23044910410491 * *

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 CLAVIJO BERNAL ANGELICA NATALIA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1018437243 * * * * *

Nacionalidad 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 PINZON ARIZA FABIO ROLDAN * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1069176250 * * * * *

Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos PINZON ARIZA FABIO ROLDAN * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1069176250 * * * * *

Firma

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 Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 2 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza VICTORIA C. SAAVEDRA SAAVEDRA

Nombre y firma



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-21, 03:04:18 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1080582577

Periodo Cotización:

febrero de 2026

Periodo Servicio:

febrero de 2026

PAGADO 18/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGI	UMI	UMC	AMP	ACP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00																		0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 2.300	\$ 501.400



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-21, 03:02:11 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1081451997

Nro Planilla Corregida: 1080582577

Periodo Cotización:

febrero de 2026

Periodo Servicio:

febrero de 2026

PAGADO 21/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USL	SN	IGL	UM	UMC	AMP	ACP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC-1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00									A									0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100
CC-1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00									C	X								0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 4.800.000	\$ 768.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 4.800.000	\$ 600.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.368.000

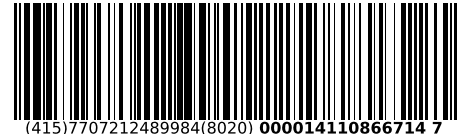
III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.049.095	\$ 3.049.095	\$ 0	\$ 0	\$ 487.800	\$ 381.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 868.900	\$ 23.600	\$ 892.500

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141108667147



(415)7707212489984(8020) 000014110866714 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 8 4 3 7 2 4 3

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 1 8 4 3 7 2 4 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CLAVIJO

32. Segundo apellido

BERNAL

33. Primer nombre

ANGELICA

34. Otros nombres

NATALIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 134 B 50 58 ED REFUGIO DEL PRADO AP 205

42. Correo electrónico

bernalcangelica@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 3 1

44. Teléfono 1

3 1 7 3 7 9 8 1 4 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 3 0 9

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 3 2 7

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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 ordinario

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

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