RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.
Articulo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, ___LILIANA CRUZ GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número __52189766_, me permito informar que actualmente SI_____ NO__x___, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el __02_____ de __marzo___ de 2026.

Firma:
Nombre: LILIANA CRUZ GOMEZ
C.C: 52189766
Dirección de Residencia: Calle 77 B 11BC 73 Conjunto Rincon de IV
Teléfono de contacto: 3194454412
Correo electrónico institucional:
Correo electrónico de notificación: lilianacruzgomez93@gmail.com

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 545 de 2026

Yo, LILIANA CRUZ GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52189766 expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	**NO**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	**NO**
Soy Declarante de Renta año 20__	**NO**
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	**NO**

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	**NO**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	**NO**
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	**NO**
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**SI**

Se expide y firma a los (2) días del mes de marzo del 2026.

Firma: _____

Nombre: LILIANA CRUZ GOMEZ

C.C: 52189766

Dirección de correspondencia: Calle 77b 116 C 73 Barrio Gran Granada

Teléfono de contacto: 3194454412

Correo electrónico institucional: _____@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: lilianacruzgomez93@gmail.com

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Este Acuerdo de Confidencialidad es el documento que suscriben los servidores públicos, contratistas, subcontratistas y pasantes-practicantes de la **Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolivar**, con el fin de afianzar su compromiso con la entidad respecto del uso pertinente de los recursos informáticos y de la información que la entidad dispone y que les entrega, o a la cual tiene acceso con ocasión al cumplimiento de sus funciones u obligaciones.

El acceso a la información que tienen los servidores públicos, contratistas, subcontratistas y pasantes-practicantes de la Secretaría Distrital de Gobierno para cumplir con las funciones u obligaciones a ellos encomendadas, es libre de acuerdo con su competencia; es por ello que es preciso proteger la información que se constituye como información confidencial.

El uso indebido o ilegal de la información acarrearía consecuencias negativas en contra de los intereses institucionales, distritales y/o nacionales; por lo tanto, a partir de la firma de este acuerdo, el servidor/a o el contratista que haga mal uso o haga uso indebido de la misma, o de los medios que la contienen, se sujeta a las sanciones que las disposiciones legales y reglamentarias establecen para el efecto.

Yo LILIANA CRUZ GOMEZ, identificado como se registra al pie de mi firma, suscribo acuerdo de confidencialidad con la **Fondo de Desarrollo de Ciudad Bolívar** en mi calidad de:

( ) Servidor (a) público (a) (X) Contratista
( ) Subcontratista ( ) Pasante - practicante
( ) Otro, ¿cuál?_____.

Por virtud del presente acuerdo, el suscrito se obliga a no: revelar, divulgar, reproducir, exhibir, publicar, comunicar, utilizar y/o emplear la INFORMACIÓN INSTITUCIONAL CONFIDENCIAL, que por cualquier medio reciba o tenga acceso en o para el desarrollo de sus labores u obligaciones y, en consecuencia, a mantenerla de manera privada y a proteger dicha información con el fin de evitar su divulgación no autorizada.

Para efectos de este acuerdo, será considerado confidencial toda información oral, visual, escrita, estudios, notas, recopilaciones, resúmenes, memorandos, informes, presentaciones, procesos, métodos, know-how, entre otros, de la entidad que se refiera a información sensible.

Para lo anterior, el suscrito se obliga específicamente a:

- Evitar el acceso a la información institucional confidencial a aquellas personas que no tengan necesidad justificada de conocerla o acceder a la misma.
- Abstenerse de utilizar la información institucional confidencial en beneficio directo o indirecto, propio o de terceros.

- Abstenerse de publicarla, divulgarla, difundirla, ofrecerla o hacerla disponible a terceros, total o parcialmente.
- Abstenerse de hacer copias de la misma a menos que el responsable del activo de información lo autorice expresamente.
- Conservar la información institucional confidencial en condiciones seguras y tomar todas las medidas que sean necesarias para evitar que sea hurtada, copiada, reproducida, distribuida, divulgada o difundida en forma no autorizada.
- Notificar a la Secretaría Distrital de Gobierno por escrito, en caso de que existan sospechas sobre presuntas contravenciones a lo previsto en este documento.

Como responsable del(os) activo(s) y manejo de información confidencial que estará(n) bajo mi custodia, soy responsable de:

- Estar alerta para identificar y reportar cualquier incumplimiento de las normas y/o procedimientos de seguridad de la información establecidos.
- Cumplir las normas de acceso y uso de la información de la Secretaría Distrital de Gobierno, a través de su software, hardware, redes, medios físicos y facilidades asociadas.
- Hacer buen uso de las contraseñas, identificador de usuario y mecanismos de control de acceso a las instalaciones, equipos y programas.
- Hacer buen uso del correo electrónico evitando promover o enviar: cadenas de mensajes de cualquier índole, donativos, obras de caridad, envío de virus, envío de software malicioso, avisos clasificados, boletines de cualquier índole, envío de información masiva o cualquier tipo de información no relacionada con la actividad laboral o contractual.
- Utilizar solamente software formalmente autorizado por la Secretaría Distrital de Gobierno a través de la Dirección de Tecnologías e Información.
- Asumir y responder por las consecuencias de pérdidas y daños a los activos de información (físico y digital) por accidente o descuido.
- Responder por la protección de los activos de información en general a mi cargo.
- Proteger la información de la Secretaría Distrital de Gobierno en todos los medios (físico, informático, magnético, óptico, electrónico telemático y todo soporte de información que pueda surgir en el futuro, entre otros).
- No retirar información confidencial, reservada o en general información de la Secretaría Distrital de Gobierno, de las instalaciones sin la debida autorización del responsable del activo de información.
- Mantener, promover y velar por la confidencialidad de la información con la que trabaja, evitando su exposición y divulgación a personal interno o externo que no sea explícitamente autorizado.
- En general, mantener una actitud responsable, activa y participante en la gestión de la seguridad de la información.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Así mismo, acepto y declaro que me someto a las responsabilidades y sanciones que por omisión a este acuerdo sean imputables, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales a que hubiere lugar en virtud de la ley.

El presente Acuerdo de Confidencialidad de la Información, tendrá vigencia durante el tiempo que el/la servidor/a o contratista o subcontratista o pasante-practicante, preste sus servicios a la **Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolivar**; y, por ética profesional, posteriormente a su salida de la institución; lo anterior, sin perjuicio de que se adopten nuevas medidas de seguridad, las cuales serán parte de este acuerdo.

Para constancia, se suscribe el presente Acuerdo, el cual se acepta en todas sus partes.

Bogotá, D.C., (02/03/2026)

_LILIANA CRUZ GOMEZ_____ _____
Nombre de quien suscribe el acuerdo Firma de quien suscribe el acuerdo

_____52189766_____
Número del documento de identificación

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Código: GCO-GCI-F137
Versión: 04
Vigencia: 21 de febrero de 2025
Caso 124431

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 5145 2026, que suscribí con la ALCALDIA FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR , teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	2	MES	3	AÑO	2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
LILIANA CRUZ GOMEZ	52189766	ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	3194454412

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
VALENTINA GARNICA CRUZ	HIJA	9 AÑOS	ESTUDIANTE

Marque con una X en el recuadro la (s) solicitud (es) que desea realizar.

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. **NO**

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. **NO**

Requisitos: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

* Nombre del estudiante
* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores fisicos ó psicológicos **NO**

Requisitos:

* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protecciór Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores fisicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. **NO**

Requisitos:

* Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores fisicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. **NO**

Requisito:

* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO:_ Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Liliana Cruz Gomez, identificado(a) con CC número 52189766, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52189766
NOMBRES Y APELLIDOS	Liliana Cruz Gomez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	15/08/1975
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	83 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	23 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	21/02/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52189766 Trabajador Independiente
Desde 11/04/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 52189766
Trabajador Independiente Desde 22/08/2024 Hasta 31/01/2025

Generado por interfaces 21/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LILIANA CRUZ GOMEZ identificado(a) con C.C No. 52.189.766, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 28 de febrero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LILIANA CRUZ GOMEZ identificado con CC. 52189766 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO		
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999061	**Nit descentralizado**	6

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/30	**Fecha inicio contrato**	2026/01/29
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/08
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de febrero 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 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: **CC28022026L52189766C11459297.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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	52189766	LILIANA CRUZ GOMEZ		Cl 54 c sur 100 24 torre 32 apto 401	7516865	lilianacruzgomez734@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/01/2026	41405145	$499.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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	52189766	CRUZ GOMEZ LILIANA	3	0			N							X										231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	218.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	52189766	LILIANA CRUZ GOMEZ		Cl 54 c sur 100 24 torre 32 apto 401	7516865	lilianacruzgomez734@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/01/2026	41405145	$499.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										

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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.16836342
Número del contrato	545-2026 CPS-AG (144665)
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENCIAL EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE ADELANTEN EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	26 días de tiempo transcurrido *(2/02/2026 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	1/10/2026 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	8 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(•) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (•) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (•) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (•) No
Reversión	( ) Sí (•) No

Entidad Estatal

ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR //

COLOMBIA, Bogotá

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

Liliana Cruz Gómez

COLOMBIA, Bogotá

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
LIIANA CRUZ GOMEZ	banco bogota	Ahorros	316293562

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *Liliana Cruz* ***Fecha de aprobación:*** *26/01/2026 3:56:39 PM ((UTC-05:00)*

gomez *Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*Diego Arley Arenas Manrique*	***Fecha de aprobación:***	*26/01/2026 5:56:49 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_9153083_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_9153083_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación directa
Unidad de contratación	CONTRATACION FDLCB
Proceso de Contratación	
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	24.720.000,00 COP

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

(•) Porcentaje ( ) Recepción de artículos

Referencia	Fecha prevista de entrega	% ejecución prevista	Fecha real de entrega	% ejecución real	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ( ) Sí (•) No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Datos guardados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
[ ]	DESIGNACION DE SUPERVISION AMANDA GONZALEZ.pdf	DESIGNACION DE SUPERVISION AMANDA GONZALEZ.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
[ ]	EVIDENCIAS FEBRERO.zip	EVIDENCIAS FEBRERO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20266920001423
Fecha: 17-02-2026
20266920001423

MEMORANDO

692-FDL-contratación

PARA: **AMANDA MILENA GONZALEZ GUATAQUIRA**
Profesional Especializada – 222-19- AGDL

DE: **DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE**
Alcalde Local de Ciudad Bolívar

ASUNTO: Designación de apoyo a la Supervisión.

Cordial Saludo,

Me permito informarle que, a partir de la fecha, deberá usted asumir la labor de apoyo a la supervisión de los contratos que se relaciona a continuación:

CONTRATISTA	CLASE CTO	CTO	AÑO	VALOR	OBJETO
PAULA LIZETH VARGAS MEYER	CPS	211	2026	$ 24.720.000	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENCIAL EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE ADELANTEN EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR.
SANDRA YELI ACERO BARON	CPS	273	2026	$ 24.720.000	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENCIAL EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE ADELANTEN EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
MARY LUCY ROJAS GARAVITO	CPS	300	2026	$ 32.880.000	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN TÉCNICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR

MARIA YAMILE MORENO GARCIA	CPS	495	2026	$ 32.880.000	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN TÉCNICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
LIIANA CRUZ GOMEZ	CPS	545	2026	$ 24.720.000	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENCIAL EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE ADELANTEN EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR
JAIR ARMANDO MORA DIAZ	CPS	409	2026	$ 54.240.000	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS QUE FORTALEZCAN LA MEJORA CONTINUA Y LA CALIDAD DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL AL INTERIOR DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR, EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL BASADO EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG), DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS, POLÍTICAS Y DIRECTRICES ESTABLECIDOS POR LASECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO
LINO ARTURO CELIS PIÑEROS	CPS	448	2026	$ 54.240.000	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS QUE FORTALEZCAN LA MEJORA CONTINUA Y LA CALIDAD DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL AL INTERIOR DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR, EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL BASADO EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG), DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS, POLÍTICAS Y DIRECTRICES ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO.

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20266920001423
Fecha: 17-02-2026
20266920001423

JULIANA MARCELA PARDO GAITAN	CPS	672	2026	$ 54.240.000	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS QUE FORTALEZCAN LA MEJORA CONTINUA Y LA CALIDAD DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL AL INTERIOR DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR, EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL BASADO EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG), DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS, POLÍTICAS Y DIRECTRICES ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

Por lo anteriormente expuesto usted deberá realizar las siguientes actividades:

• Realizar seguimiento y evaluación de la labor contratada, en virtud del objeto del contrato, observando que el mismo se realice de acuerdo a los términos y condiciones previstas en el mismo. Toda instrucción u observación deberá ser formulada por escrito.

• Si el despacho requiere o cuando se considere necesario, rendir informes por escrito al Alcalde Local de Ciudad Bolívar sobre el desarrollo y ejecución del contrato.

• Realizar recomendaciones que contribuyan a la buena ejecución del contrato, las cuales hará por escrito y discutidas con el interventor en caso de que este designado.

•Conceptuar sobre las suspensiones a que haya lugar.

•Revisar los informes presentados por los contratistas, emitir el concepto respectivo y suscribir las actas del caso.

•Verificar y certificar el cumplimiento de las cláusulas relacionadas con el pago oportuno y adecuado de las cotizaciones a la seguridad social dentro de las obligaciones enunciadas, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

• Realizar los requerimientos pertinentes al contratista para el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los términos y plazos establecidos.

• Solicitar al Alcalde Local la aplicación de las medidas pertinentes en caso de incumplimiento, anexando los soportes respectivos.

• Actuar de tal modo que, por causa imputable a la Entidad, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Con este fin, en el menor tiempo posible, corregirá los desajustes que pudieren presentarse y acordará los mecanismos y procedimientos

pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse.

• Controlar, vigilar y hacer seguimiento durante la ejecución del contrato, con el fin que se desarrolle conforme a lo pactado y con las condiciones técnicas y económicas contratadas o convenidas. Elaborar y enviar los informes de supervisión con la periodicidad y con la información mínima exigida que permita conocer el avance, recomendaciones y dificultades en la ejecución del contrato o convenio

Requerir por escrito al contratista u operador en caso de inejecución, ejecución indebida o deficiente del objeto y/o obligaciones contractuales, en procura de asegurar el cumplimiento satisfactorio de dichas obligaciones.

• Según lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011, artículo 84. "FACULTADES Y DEBERES DE LOS SUPERVISORES Y LOS INTERVENTORES. La supervisión e interventoría contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligacional por la entidad contratante sobre las obligaciones a cargo del contratista. Los interventores y supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente.

• La Ley 1952 de 2019, Código Único Disciplinario, en el numeral 6 del artículo 54 establece como falta gravísima:

"No exigir, el supervisor o el interventor, la calidad de los bienes y servicios adquiridos por la entidad estatal, o en su defecto, los exigidos por las normas técnicas obligatorias, o certificar como recibida a satisfacción, obra que no ha sido ejecutada a cabalidad. También será falta gravísima omitir el deber de informar a la entidad contratante los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando se presente el incumplimiento".

• Verificar que el contratista entregue las garantías pactadas en el contrato y los correspondientes anexos que surjan con ocasión de las modificaciones y/o suspensiones que se ocasionen en el desarrollo de la ejecución contractual.

De igual forma, su actividad o labor de apoyo a la supervisión del respectivo contracto deberá ejercerse teniendo en cuenta sus obligaciones y facultades contempladas en el Manual de Supervisión e Interventoría y el Manual de Contratación de la Secretaria Distrital de Gobierno, el cual puede ser consultado en la intranet de la entidad, en el macroproceso de gestión corporativa institucional.

La presente designación de apoyo a la supervisión deroga las designaciones que frente a dicho contrato se hayan realizado, así mismo, los estudios y documentos referentes al contrato del asunto, se

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20266920001423
Fecha: 17-02-2026
20266920001423

encuentran publicados en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II y reposan en gestión documental de la entidad, para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE
Alcalde Local de Ciudad Bolívar

Proyectó: Juan David Barrantes Valdes contratista contratación - CPS-042-2026 JBV
Revisó: Mónica Viviana García Mendieta contratista contratación-CPS-020-2026
Revisó: Sergio Eulises Páez Villalba– Contratista Despacho – CPS 001-2026

ALCALDÍA DE CIUDAD BOLÍVAR

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 545 de 2026

CONTRATISTA: CRUZ GOMEZ LILIANA

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO ASISTENCIAL EN LA GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE ADELANTEN EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR

VALOR: $ 24.720.000,00

PLAZO: 8 mes(es)

El día 02 de FEB de 2026 se reunieron CRUZ GOMEZ LILIANA , mayor de edad, con C.C. No 52189766, en calidad de ontratista, y el(la) doctor(a) DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE RESTACIÓN DE SERVICIOS No 545 de 2026, con el fin de iniciar el contrato.

ra constancia se firma por quienes intervinieron,

tratista,

Z GOMEZ LILIANA

lo 52189766

LCALDÍA DE CIUDAD BOLÍVAR,

RLEY ARENAS MANRIQUE

HO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

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:28/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 52189766	LILIANA CRUZ GOMEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 77 B 116 C 73 AP 503 TO 6 Teléfonos: 3194454412

Dirección electrónica: lilianacruzgomez93@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 15/07/2024 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 15/07/2024

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 12/07/2019 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 73202 - ESTUDIOS DE MERCADO Y REALIZACION DE ENCUESTAS DE OPONION PUBLICA EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 74901 - Otras actividades profesionales, cientÃ-ficas y tÃ©cnicas n.c.p. como consultorÃ-a profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 3: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

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 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141060821202

(415)7707212489984(8020) 000014106082120 2

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

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
CRUZ	GOMEZ	LILIANA	

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 6 A 93 D 67 BRR CIUDAD TINTAL II

42. Correo electrónico: lilianacruzgomez93@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 3 2 0	2 0 1 9 0 7 1 2	8 2 9 9	2 0 1 9 0 7 1 2		7 4 9 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	4	9																								

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 CRUZ GOMEZ LILIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-01-2026 07:01:42PM

Banco de Bogotá
Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LILIANA CRUZ GOMEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.189.766 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 316293562, abierta/o desde el 20/12/2020.

Se expide en Bogotá el día 21 del mes de Enero del año 2026



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

CAPACITACIONES SIG

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Contactar con el propietario del formulario - Términos del Servicio - Política de Privacidad

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Google Formularios

NUIP 1.233.497.239

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GARNICA CRUZ VALENTINA

Fecha de Nacimiento (Día en letras)

Año 2 0 1 6 Mes A B R Día 1 9 DIECINUEVE

Lugar de Nacimiento (País, Departamento, Municipio, Clínica, Centro de Salud o Dirección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA CUCUNUBA

Fecha de Inscripción (Día en letras)

Año 2 0 1 6 Mes J U N Día 0 3

Indicativo serial 9035704361

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CRUZ GOMEZ LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 52.189.760

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GARNICA MONROY GERARDO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 80.065.738

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GARNICA MONROY GERARDO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 80.065.738

Espacio para notas

Datos de la Oficina en donde se expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Expedición del certificado (letras en blanco)

Año 2 0 1 6 Mes J U N Día 0 3

Firma y Sello del Funcionario

CLARA MARCELA VARGAS ASCENCIO

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURIA

Adhesivo Oficio Registro Civil

AYUDA INFO CREDITOS CONTRASEÑA ESTADISTICAS CERRA

BUSQUEDA DE USUARIOS POR NOMBRE O CÉDULA

Nombre: Cedula: 52189766 Buscar

BUSQUEDA DE USUARIOS POR APELLIDO

Apellido: Buscar

BUSQUEDA DE USUARIOS POR DEPENDENCIA

Dependencia: Seleccione una dependencia... Incluir Usuarios Inactivos Buscar