

Bogotá, D. C., Mayo 05 de 2026

CUENTA DE COBRO No. 03

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI
CC 1.032.439.564

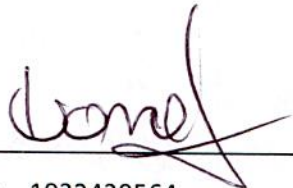
LA SUMA DE: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS
(\$10.221.174) M-CTE.

POR CONCEPTO DE: La ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales de SS-CD-
PSP-0206-2026.

Del periodo correspondiente a: 01 DE ABRIL A 30 DE ABRIL DE 2026

Consignar el valor de la presente en: a la cuenta de AHORROS de banco DAVIVIENDA número
0550476000107229

Cordialmente,



C. C. No. _1032439564_

Celular No: __3133863964__

Correo electrónico: ivonnette26@hotmail.com



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

04/05/2026 ✓

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor IVONNE MARITZA** ✓
ORGANISTA INSUASTI con **Cédula de Ciudadanía** número **1032439564**


Posee en el banco Davivienda:


CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550476000107229** ✓
Fecha de apertura **14/01/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA ✓

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Versión: 9
		Fecha: 01/Diciembre/2025
FECHA: <input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	Marcar sólo una opción 1. CREACIÓN <input type="checkbox"/> 2. ACTUALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN GENERAL		
3. SECRETARÍA / ENTIDAD:	Salud	
4. CONTRATO O T.:	SS-CD-PSP. Año 2026	
5. CONVENIO:	Año	
DATOS PERSONALES		
6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	IVONNE MARTIZA ORGANISTA INSUASTI	
7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA:	NIT No 1032439564	D.V. 5
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL:	IVONNE MARTIZA ORGANISTA INSUASTI	
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL:	CC Cédula de Ciudadanía No 1032439564	D.V. 5
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL:	CALLE 17 # 2 A 24	
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO:	Cundinamarca-Funza	
12. TELÉFONO:	Indicativo	13. CELULAR 3133863964
14. CORREO ELECTRÓNICO:	ivonnette26@hotmail.com	
INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO		
15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Davivienda S.A. Cód. 1051	
16. No CUENTA BANCARIA:	0550476000107229	17. TIPO Ahorro
<small>La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual. Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.</small>		
INFORMACIÓN TRIBUTARIA		
18. PERSONA:	Natural	
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO:	No aplica No	
20. NATURALEZA:	Privada ¿CUAL?	
21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA:	No Responsable de IVA	
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE:	GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> No RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR RENTA <input type="checkbox"/> No RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR IVA <input type="checkbox"/> No RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR ICA <input type="checkbox"/> No RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ¿CUAL?	
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA:	PRINCIPAL 86211 Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.) SECUNDARIA	
24. TARIFA RETEICA:	PRINCIPAL CIU 86211 9.66 x 1000 SECUNDARIA	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		
<small>Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 N° 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.</small>		
ANEXOS		
Marque con una X los documentos que se anexan a la presente solicitud.		
1. Fotocopia del documento de identidad	<input type="checkbox"/>	Si
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	<input type="checkbox"/>	Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	<input type="checkbox"/>	No
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autorretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	<input type="checkbox"/>	No
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	<input type="checkbox"/>	Si
<small>Las fotocopias deben estar totalmente legibles</small>		
FIRMA		
_____ IVONNE MARTIZA ORGANISTA INSUASTI <small>37. FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL</small>		_____ 1032439564 <small>38. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</small>
INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN		
25. RAMO:	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS	
26. CUENTA ASOCIADA:	Otra cuenta	¿CUAL? 2480040000
27. GRUPO DE TESORERÍA:	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales	
28. VÍAS DE PAGO:	Y Transferencia Salud	
INDICADORES DE RETENCIÓN		
29. RETE FUENTE:	TARIFA 1 RH18 Ret. >95 hasta 150 19% Ley 2010 de 12-19	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
30. ICA:	TARIFA 1 IS05 Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9.66 x 1000	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
31. RETENCIÓN DE IVA:	R105 Reteiva aplicable a compras 15% R107 Reteiva aplicable a servicios 15% No aplica	
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL:	TARIFA 1	
33. ESTAMPILLAS:	Aplica - PC01 ProCultura 1% -PD02 Prodesarrollo 2% -PH01 ProHospitales 2% -PE18 ProElectrificación rural del 0.2% -UC04 ProUniversidad de Cundinamarca 1,5% -AM01 Bienestar del Adulto Mayor 2%	
34. TASAS:	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%	
35. FECHA: <input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>		
36. REVISADO POR	EDGAR A. BUITRAGO PUESTES	

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-GCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-PSP-0206-2026 ✓	
Informe Parcial <u> X </u> / No. Del Informe 3 ✓	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.04.2026 hasta el 30.04.2026 ✓	
Fecha en la que se rinde el informe :	05.05.2026 ✓

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI ✓
NIT / C.C.:	1032439564
Supervisor:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
Cargo:	SUBDIRECTOR TÉCNICO
Objeto del Contrato o Convenio:	Prestar los servicios profesionales especializados, para la gestión y seguimiento de eventos de interés en salud pública de acuerdo con lo dispuesto en los Lineamientos nacionales.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	23.01.2026 ✓
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	02.02.2026 ✓
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100075945 ✓
Registro Presupuestal	4600035888 ✓
Valor Inicial del Contrato o Convenio	\$81,769,392 ✓
Adición	\$0
Vigencia Futura	\$0
Pasivo Exigible	\$0
Valor Total del Contrato	\$81,769,392 ✓
Plazo de Ejecución Inicial	8 MESES ✓
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	8 MESES ✓
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	01.10.2026 ✓
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	No aplica
Garantía de Cumplimiento	No aplica
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	No aplica


2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 37% ✓

1. Desempeñar de manera permanente capacitación y fortalecimiento de conocimiento a los líderes, agentes comunitarios y pares técnicos en los aspectos relacionados con el evento asignado en articulación con la vigilancia basada en comunidad.

Realizó asistencia técnica en Vigilancia basada en comunidad con enfoque a Sífilis Gestacional y congénita al municipio de Mosquera.

06 MAY 2026

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-GCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025

2. Verificar y analizar de manera semanal las diferentes bases de datos de los eventos de interés en salud pública asignados o de EEVV según corresponda a la asignación, debe incluir los resultados del cruce con RUAF ND y de cruce con laboratorio de manera mensual de acuerdo a protocolo y lineamiento a fin de garantizar la calidad, coherencia y veracidad de las bases de datos departamental.

Anexa bases depuradas en Excel de la semana epidemiológica 13 al 16 para los eventos 740 y 750 correspondientes a sífilis gestacional y congénita.

3. Elaborar boletines, indicadores epidemiológicos, informes de evento y/o respuestas necesarias relacionadas con los eventos de interés en salud pública asignados según periodicidad definida por la Subdirección.

Anexa PDF de Boletín a periodo III del evento de Sífilis Gestacional y congénita e informe anual 2025 de Sífilis gestacional y congénita

4. Validar de manera semanal con el responsable de la vigilancia municipal el cierre y ajuste de los casos de acuerdo al evento.

Anexa en Excel casos solicitados para ajustes de calidad de los eventos 740 y 750 correspondientes a sífilis gestacional y congénita.

5. Participar de unidades de análisis de acuerdo con el Lineamiento nacional para los eventos asignados

No requerido para la vigencia de ejecución.

6. Verificar y gestionar de manera semanal de la Investigaciones Epidemiológicas de Campo para los eventos de interés en salud pública asignados.

Anexa cuadro de control en excel de las Investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los eventos de sífilis gestacional y congénita allegados en la vigencia del contrato del mes de abril.

7. Asistir a los desplazamientos necesarios a los municipios asignados para cumplir con la meta establecida por la Subdirección, para el desarrollo de acciones tales como: asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos en eventos de interés en salud pública y demás que requiera en el proceso de la vigilancia dirigidos a la red informadora de la vigilancia departamental.

Anexa PDF de las asistencias técnicas realizadas para los municipios de Chía, Mosquera, Facatativá, Nocaima, Nimaima y Anolaima.

8. Proyectar la gestión de respuesta oportuna a brotes o eventos emergentes y demás situaciones de vigilancia que se presenten en el departamento en cumplimiento al cronograma de disponibilidad semanal organizado por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, con la debida proyección de informes inmediatos, gestión y programación de Salas de Análisis de Riesgo y manejo adecuado de los medios de comunicación establecidos para el ERI, para dar respuesta en los tiempos establecidos de acuerdo con el lineamiento nacional.

Anexa PDF de disponibilidad del mes de abril de 2026

9. Preparar y/o participar en espacios de análisis como, comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de análisis de riesgo, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) y mesas de trabajo de los eventos asignados y/o los requeridos por el supervisor, aportando los documentos y evidencias necesarias para la gestión y cumplimiento de tareas que se deriven de ellas

Anexa PDF de acta de precove y cove donde se incluyen listados de asistencia del mes de abril.

10. Proyectar de manera oportuna las respuestas a oficios, peticiones, quejas, reclamos y Sugerencias – PQRS allegadas a través del correo institucional o por los canales definidos por la Gobernación, garantizando el cumplimiento de los tiempos establecidos por el sistema de gestión documental de la Gobernación de Cundinamarca y las establecidas al interior de la dirección de salud pública.

Adjunta en PDF correos gestionados.


11. Aportar en la elaboración del documento de Análisis de Situación en Salud (ASIS) Departamental bajo los requerimientos de la Secretaría de Salud y revisar los ASIS municipales de acuerdo con la distribución definida por la Subdirección y conforme a lo establecido en el lineamiento nacional.

No requerido para la vigencia de ejecución.

12. Aportar y presentar los insumos necesarios para incorporar la información de los eventos asignados para el desarrollo del repositorio de datos de acuerdo con los requerimientos definidos.

Anexa PDF de correo donde se evidencia envío de bases depuradas de la semana 13 al 16 para el repositorio de datos de los eventos 740 y 750 correspondientes a sífilis gestacional y congénita y de entrega de boletín epidemiológico a periodo III.

13. Participar de las solicitudes adicionales delegadas por el supervisor

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-GCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025

Anexa PDF de documentos solicitados para gestión por el supervisor y certificado anticorrupción más curso ARL positiva.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300139790	26.03.2026	\$9,880,468 ✓
3300142347	14.04.2026	\$10,221,174 ✓

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

El contrato se ejecuta con normalidad



FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR TÉCNICO

06 MAY 2026

INFORME DEL CONTRATISTA
CONTRATO SS-CD-PSP-0206-2026
PERIODO: 01 AL 30 DE ABRIL DE 2026
EJECUTOR: IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI

1. Desempeñar de manera permanente capacitación y fortalecimiento de conocimiento a los líderes, agentes comunitarios y pares técnicos en los aspectos relacionados con el evento asignado en articulación con la vigilancia basada en comunidad.

Se realizó asistencia técnica en Vigilancia basada en comunidad con enfoque a Sífilis Gestacional y congénita al municipio de Mosquera.

2. Verificar y analizar de manera semanal las diferentes bases de datos de los eventos de interés en salud pública asignados o de EEVV según corresponda a la asignación, debe incluir los resultados del cruce con RUAF ND y de cruce con laboratorio de manera mensual de acuerdo a protocolo y lineamiento a fin de garantizar la calidad, coherencia y veracidad de las bases de datos departamental.

Se anexan bases depuradas en Excel de la semana epidemiológica 13 al 16 para los eventos 740 y 750 correspondientes a sífilis gestacional y congénita.

3. Elaborar boletines, indicadores epidemiológicos, informes de evento y/o respuestas necesarias relacionadas con los eventos de interés en salud pública asignados según periodicidad definida por la Subdirección.

Se anexa PDF de Boletín a periodo III del evento de Sífilis Gestacional y congénita e informe anual 2025 de Sífilis gestacional y congénita

4. Validar de manera semanal con el responsable de la vigilancia municipal el cierre y ajuste de los casos de acuerdo al evento.

Se anexa en Excel casos solicitados para ajustes de calidad de los eventos 740 y 750 correspondientes a sífilis gestacional y congénita.

5. Participar de unidades de análisis de acuerdo con el Lineamiento nacional para los eventos asignados

No requerido para la vigencia de ejecución.

6. Verificar y gestionar de manera semanal de la Investigaciones Epidemiológicas de Campo para los eventos de interés en salud pública asignados.

Se anexa cuadro de control en excel de las Investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los eventos de sífilis gestacional y congénita allegados en la vigencia del contrato del mes de abril.

7. Asistir a los desplazamientos necesarios a los municipios asignados para cumplir con la meta establecida por la Subdirección, para el desarrollo de acciones tales como: asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos en eventos de interés en salud pública y demás que requiera en el proceso de la vigilancia dirigidos a la red informadora de la vigilancia departamental.

Se anexan PDF de las asistencias técnicas realizadas para los municipios de Chía, Mosquera, Facatativá, Nocaima, Nimaima y Anolaima.

8. Proyectar la gestión de respuesta oportuna a brotes o eventos emergentes y demás situaciones de vigilancia que se presenten en el departamento en cumplimiento al cronograma de disponibilidad semanal organizado por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, con la debida proyección de informes inmediatos, gestión y programación de Salas de Análisis de Riesgo y manejo adecuado de los medios de comunicación establecidos para

el ERI, para dar respuesta en los tiempos establecidos de acuerdo con el lineamiento nacional.

Se anexa PDF de disponibilidad del mes de abril de 2026

9. Preparar y/o participar en espacios de análisis como, comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de análisis de riesgo, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) y mesas de trabajo de los eventos asignados y/o los requeridos por el supervisor, aportando los documentos y evidencias necesarias para la gestión y cumplimiento de tareas que se deriven de ellas

Se anexa PDF de acta de precove y cove donde se incluyen listados de asistencia del mes de abril.

10. Proyectar de manera oportuna las respuestas a oficios, peticiones, quejas, reclamos y Sugerencias – PQRS allegadas a través del correo institucional o por los canales definidos por la Gobernación, garantizando el cumplimiento de los tiempos establecidos por el sistema de gestión documental de la Gobernación de Cundinamarca y las establecidas al interior de la dirección de salud pública.

Se adjunta en PDF correos gestionados.

11. Aportar en la elaboración del documento de Análisis de Situación en Salud (ASIS) Departamental bajo los requerimientos de la Secretaría de Salud y revisar los ASIS municipales de acuerdo con la distribución definida por la Subdirección y conforme a lo establecido en el lineamiento nacional.

No requerido para la vigencia de ejecución.

12. Aportar y presentar los insumos necesarios para incorporar la información de los eventos asignados para el desarrollo del repositorio de datos de acuerdo con los requerimientos definidos.

Se anexa PDF de correo donde se evidencia envío de bases depuradas de la semana 13 al 16 para el repositorio de datos de los eventos 740 y 750 correspondientes a sífilis gestacional y congénita y de entrega de boletín epidemiológico a periodo III.

13. Participar de las solicitudes adicionales delegadas por el supervisor

Se anexan PDF de documentos solicitados para gestión por el supervisor y certificado anticorrupción más curso ARL positiva.

Firma Contratista
C.C. No. 1.032.439.564
Correo ivonnette26@hotmail.com
3133863964

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141108257499



(415)7707212489984(8020) 000014110825749 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 2 4 3 9 5 6 4

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 2 4 3 9 5 6 4

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

ORGANISTA

32. Segundo apellido

INSUASTI

33. Primer nombre

IVONNE

34. Otros nombres

MARITZA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Funza

2 8 6

41. Dirección principal

CL 17 2 A 24 BRR HATO F Z

42. Correo electrónico

ivonnette26@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

8 2 6 1 4 9 0

45. Teléfono 2

3 1 3 3 8 6 3 9 6 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 1 1 1 8

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 0 1 2 2

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

61. Fecha

2024-08-10 / 02:50:32AM

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

INFORMACION TRIBUTARIA CONTRATISTA PERSONA NATURAL

Bogotá D.C., _05_ de _Mayo_ de 2026 ✓

Doctora:
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Secretaria de Salud
Departamento de Cundinamarca
Bogotá D.C.

ASUNTO: Retención en la Fuente

De conformidad con el Artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 (Decreto Único Reglamentario en materia tributaria), hago constar bajo la gravedad de juramento que:

1. SI NO , me encuentro inscrito en el régimen simple de tributación. (si la respuesta es afirmativa no debe seguir diligenciando el formato)

Nota: Si su respuesta es afirmativa debe verificar que en la primera hoja de su RUT en la sección de Responsabilidades, calidades y atributos tenga registrada la responsabilidad 47 (Régimen simple de tributación - SIM) como se detalla a continuación.

Responsabilidades, Calidades y Atributos																										
53. Código	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
14- Informante de exogena																										
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM																										
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA																										
52 - Facturador electrónico																										
55 - Informante de Beneficiarios Finales																										

2. SI NO , soy declarante de renta.

Nota: Si su respuesta es afirmativa debe verificar que, en la primera hoja de su RUT en la sección de Responsabilidades, calidades y atributos, tenga registrada la responsabilidad 05 (Impuesto sobre la renta y complementarios régimen ordinario) como se detalla a continuación.

Responsabilidades, Calidades y Atributos																										
53. Código	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
03- Impuesto al patrimonio																										
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario																										
14- Informante de exogena																										
16- Obligación facturar por ingresos bienes																										
19- Productor de bienes y/o servicios exen																										
22- Obligado a cumplir deberes formales a																										
42- Obligado a llevar contabilidad																										

3. SI NO , haré uso de costos y deducciones asociados a los pagos por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES. (si la respuesta es afirmativa no debe seguir diligenciando el formato)

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 podrá hacer uso de las deducciones y rentas exentas, mencionadas en los numerales 4, 5, 6 y 7 del presente documento, para disminuir la base sobre la cual se practica la retención en la fuente.

Nota: Si su respuesta es **NO**, su factura o cuenta de cobro estará sujeta a la retención en la fuente de la tabla del artículo 383 del estatuto tributario y podrá hacer uso de las deducciones y rentas exentas, mencionadas en los numerales 4, 5, 6 y 7 del presente documento, para disminuir la base sobre la cual se practica la retención en la fuente, al igual que el 25% de la renta exenta mencionada en el numeral 10 del artículo 206 del estatuto tributario limitado a 790 UVT al año.

Tabla artículo 383 Estatuto Tributario, Valor UVT Año 2026: \$52.324

Rango en UVT		Tarifa Marginal	Retención en la fuente
Desde	Hasta		
>0	95	0,0%	0
>95	150	19,0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 95 UVT)*19%
>150	360	28,0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 150 UVT)*28%+10 UVT
>360	640	33,0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 360 UVT)*33%+69 UVT
>640	945	35,0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 640 UVT)*35%+162 UVT
>945	2300	37,0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 945 UVT)*37%+268 UVT
>2300	En adelante	39,0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 2300 UVT)*39%+770 UVT

Haré uso de los siguientes beneficios tributarios y **presento adjunto los certificados correspondientes:**

- SI NO , pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud.
- SI NO , pago de intereses de vivienda o Costo Financiero Leasing Habitacional.
- SI NO , tengo personas dependientes económicamente a mi cargo que dan lugar al tratamiento tributario. (Solo se acepta un dependiente)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE			
Mathias Luciano Mendoza Organista		X			1.031.611.696	19 Meses	Hijo

- SI NO , aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC).

Declaro bajo la gravedad de juramento que todo lo señalado anteriormente es verdadero, 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).

Atentamente,

Firma: 

Nombre: Ivonne Martiza Organista Insuasti

Cedula No: 1.032.439.564

No. Celular: 3133863964

Correo: ivonnette26@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33163411

NUIP 1031611696

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notar <input checked="" type="checkbox"/>	Número 3 5	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A X E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
MENDOZA *****		ORGANISTA *****	
Nombre(s)			
MATHIAS LUCIANO *****			
Fecha de nacimiento			
Año 2 0 2 4	Mes S E P	Día 0 6	Sexo (en letras) Masculino
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Grupo sanguíneo B	Factor RH Positivo
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Numero certificado de nacido vivo

24098811114541

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
ORGANISTA INSUASTI IVONNE MARITZA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1032439564	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MENDOZA PADILLA HUGO DAVID	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 80165536	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MENDOZA PADILLA HUGO DAVID	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 80165536	

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 4 Mes S E P Día 1 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARÍA ÁNGELA BEATRIZ SANÍN
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



ENTIDAD PROMOTORA DE
SALUD FAMILIAR S A S
830003564-7

Famisanar | PAC
Planes de Atención Complementaria



CÓDIGO QR

CARRERA 13 A 77A 63 PBX 6500200
BOGOTA - COLOMBIA

PAC

CONTRATANTE: IVONNE MARITZA ORGANISTA
CONTRATO: F-76826-0001
DIRECCIÓN: CALLE 17 2 A 24 ATO PRIMER SECTOR
CIUDAD: FUNZA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°: EPAC2858256
PLAN: PREFERENCIAL FAMILIAR

FECHA LÍMITE DE PAGO			FECHA DE EXPEDICIÓN			PERIODO DE FACTURACIÓN						Forma de Pago: CONTADO		
04	05	2026	23	04	2026	15	04	2026	HASTA	14	05	2026	Medio de Pago: Acuerdo mutuo	
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		

ITEM	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	UN. MED	VR. UNIT	DCTO	VR ANTES DE IVA	IVA 5%	TOTAL
1	F-76826-0001	VALOR DE LA CUOTA	1.00	ZZ	\$ 396.170	\$ 2.000	\$ 394.170	\$ 19.709	\$ 413.879
VALOR TOTAL FACTURADO									\$ 413.879

TOTAL LÍNEAS 1

EXTRACTO

FECHA	CONCEPTO	VALOR CRÉDITO	VALOR DÉBITO	SALDO
15/04/2026	Valor Facturado- Factura EPAC 2858256	\$ 0	\$ 413.879	\$ 413.879
15/03/2026	Valor en Mora- Factura EPAC 2858155	\$ 0	\$ 413.879	\$ 413.879
-	Valor saldo a favor	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Valor Total a Pagar: \$ 827.758

OBSERVACIÓN: APRECIADO CLIENTE LO INVITAMOS A PAGAR SU FACTURA DE FORMA FACIL SEGURA Y EN LINEA UTILIZANDO EL BOTON PSE PAGO PAC QUE SE ENCUENTRA EN WWW.FAMISANAR.COM.CO

SOMOS RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN PARA PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA (ARTÍCULO 464-3 LEY 788 DE 2002).
ACTIVIDAD ECONÓMICA 7530 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Autorización Numeración de Facturación No. 1876410315084 CÓDIGO 4 MODALIDAD ELECTRÓNICA FECHA: 2025/12/16 VIGENCIA VENTICUATRO (24) MESES A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN. NUMERACIÓN AUTORIZADA DEL NÚMERO EPAC 2730001 HASTA EL EPAC 3730000.
LA PRESENTE FACTURA DE VENTAS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO (ARTÍCULO 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) EL COMPRADOR ACEPTA ESTA FACTURA Y DECLARA RECIBIDOS REAL Y MATERIALMENTE LOS BIENES Y SERVICIOS EN ELLA MENCIONADOS SI ESTA FACTURA NO ES CANCELADA EN EL PLAZO ESTIPULADO CAUSARÁ INTERESES DE MORA AL PORCENTAJE AUTORIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE ACUERDO A CERTIFICADO EXPEDIDO. ARTÍCULO 884 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

TODO CHEQUE DEVUELTO TENDRÁ UNA SANCIÓN DEL 20% DE ACUERDO AL ARTÍCULO 731 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

Timbre y Sello

Famisanar | PAC
Planes de Atención Complementaria
DESPRENDIBLE DE PAGO

FECHA LÍMITE DE PAGO	04	05	2026	TOTAL A PAGAR
	DIA	MES	AÑO	\$ 827.758

NOMBRE: IVONNE MARITZA ORGANISTA
ID: 1032439564

FACTURA DE VENTA N°: EPAC2858256
CONTRATO No.: F-76826-0001

AV VILLAS 063030100 COLPATRIA 0132035628 OFICINA

Fecha de Pago: Ciudad:

BANCO	No.	NÚMERO	VALOR
TOTAL CHEQUES			\$
EFECTIVO			\$
TOTAL			\$

Si desea realizar el pago por un medio electrónico, consulte los puntos y medios de pago en www.famisanar.com.co

Timbre y Sello

CUFE: b0db874e80a128b1f49e4ec2cd5cca319d4f8854fcf25f611887f0e40f883cf60705c9bb8622496bf580aa17e36c8206

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023. Fecha y Hora generacion 2026-04-23 17:09:51

Sistema PAC Famisanar Nit 830003564-7

Página 1/1 eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0



E.P.S FAMISANAR SAS.
Nit. 830.003.564-7
PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

CERTIFICA QUE

Que ORGANISTA INSUASTI IVONNE MARITZA identificado con CC número 1032439564 fue o es contratante del plan PREFERENCIAL FAMILIAR y durante el periodo comprendido entre el 31/12/2024 al 30/12/2025 canceló la suma de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MONEDA CORRIENTE (\$ 4,387,854) incluido I.V.A.

Contrato F-76826-0001		Vigencia		Parentesco	Edad	Valor pagado
Identificacion	Nombre	Desde	Hasta			
CC 1032439564	ORGANISTA INSUASTI IVONNE MARITZA	15/07/2020	14/07/2026	CONTRATANTE	34	\$ 2,607,809
RC 1031611696	MENDOZA ORGANISTA MATHIAS LUCIANO	15/10/2024	14/07/2026	HIJOS < DE 26 AÑOS	0	\$ 1,780,045

Se expide en Bogotá D.C., a los 10 del mes de marzo de 2026

Octavio Enrique Gómez González

Sub-Director de Operaciones PAC

Bogotá, D.C., 05 de mayo de 2026 ✓

Señores:

SECRETARIA DE SALUD

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, **Ivonne Maritza Organista Insuasti** con cédula de ciudadanía No. **1.032.439.564** de **Bogotá D.C.**, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** **NO** tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago 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,



C. C. No. 1.032.439.564 expedida en Bogotá D.C.

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

< Evaluación de la Entidad Estatal >

- 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

Cancelar

VER CONTRATO
Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

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	
Pago 001	PAGO 1 SS-CD-PSP-0206-2026	19/03/2026 3:46:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	20/03/2026 10:30:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9.880.468 COP	Aceptada ✓	Detalle
Pago 002	PAGO 2 SS-CD-PSP-0206-2026	25 días de tiempo transcurrido (8/04/2026 5:54:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	23 días de tiempo transcurrido (10/04/2026 9:04:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	10.221.174 COP	Pagado ✓	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 0206-2026 DELEGACION DE SUPERVISOR.pdf	0206-2026 DELEGACION DE SUPERVISOR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 0206-2026 ARL.pdf	0206-2026 ARL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 0206-2026 RP.pdf	0206-2026 RP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 0206-2026 ACTA DE INICIO.pdf	0206-2026 ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> SS-CD-PSP-0206-2026-CLAUSULADO.pdf	SS-CD-PSP-0206-2026-CLAUSULADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Informe de supervisión No. 1 SS-CD-PSP-0206-2026.pdf	Informe de supervisión No. 1 SS-CD-PSP-0206-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Informe de supervisión No. 2 SS-CD-PSP-0206-2026.pdf	Informe de supervisión No. 2 SS-CD-PSP-0206-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



La República de Colombia

Mediante el registro RCO-0002 del Ministerio de Trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la Resolución No.4927 de 2016

Y en su nombre

Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certifican que

IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI

Identificado con CC 1032439564

Realizó y aprobó satisfactoriamente el

CURSO VIRTUAL DE 50 HORAS SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Realizado el 24/06/2025 en la modalidad virtual con intensidad horaria de 50 horas
Se expide la presente constancia a los 30 días del mes de abril de 2026. ✓

Carlos Iván Heredia Ferreira
Vicepresidente de Promoción y Prevención
Positiva Compañía de Seguros S.A.



Positiva Prevención



Hacienda



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUAISTI

C.C 1.032.439.564

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 30 de abril 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761588575000