capitalsalud eps-s	**FORMATO SOPORTE CUENTA DE COBRO OPS** PROCESO FINANCIERA SUBPROCESO GESTION TRIBUTARIA	**CÓDIGO:** FR-067-FIC **VERSIÓN:** V1.0-2025

Cuenta No.	**006-2026**

CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.
NIT 900.298.372-9

DEBE A:

NOMBRE: **BIBIANA CAROLINA GONZÁLEZ PÉREZ**

IDENTIFICACIÓN: CC NUMERO **52.994.537** DV **3**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS**

(NUMEROS) $ **8.646.199**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **CS-AD-006-2026**

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la dirección jurídica de Capital Salud EPS-S, con sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, brindando apoyo en la proyección, análisis y revisión de los diferentes documentos jurídicos y en los demás asuntos de competencia de la dirección.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **1/06/2026** y **30/06/2026**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO:	**BOGOTÁ**
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- (Casillla 46 del RUT)	**6910**
DIRECCION ACTUAL	**CLL 145A NO. 13A - 60 AP 202**
TELÉFONO / CELULAR	**3008072395**
CORREO ELECTRÓNICO	BIBIANACAROLINAGONZALEZ@GMAIL.COM

DECLARACIÓN SOBRE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL
En el marco de lo dispuesto por el artículo 21 de la Ley 2381 de 2024, reglamentado por el artículo 2.2.4.18.7. del Decreto 514 de 2025 se establece que "*cuando se celebren contratos de prestación de servicios el contratante y el contratista podrán acordar que será responsabilidad del contratante realizar la cotización al Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común*". En este contexto, MANIFIESTO libremente que he decidido asumir la liquidación y pago de mis aportes a la planilla de seguridad social de manera directa.

DECLARACIÓN DE OPCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE DEL CONTRATISTA (Marque una solo opción)

######	Aplicación del artículo 383 del Estatuto Tributario, correspondiente a la tabla de retención en la fuente para pagos laborales, con base en el 100% del valor mensual recibido.
FALSO	Aplicación de costos y deducciones, conforme a lo previsto en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016, y demás normas concordantes, sobre la base gravable neta resultante de restar los costos y gastos debidamente soportados al ingreso mensual.

Si desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	**FALSO**
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	**FALSO**
Intereses de préstamos para adquisición de vivienda	**FALSO**
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	**FALSO**
Declaración juramentada de dependencia económica	**VERDADERO**

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	**RC**	**TI**	**CE**		
ANA VICTORIA GONZALEZ GONZALEZ			**X**		**1016945253**	**HIJA**
ANTONIO JOSÉ GONZALEZ GONZALEZ		**X**			**1019920965**	**HIJO**

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veraz y que cumplo con los requisitos establecidos en la normatividad tributaria vigente para aplicar el método seleccionado. Así mismo, me comprometo a presentar los soportes correspondientes en caso de ser requeridos por la entidad contratante o por la autoridad tributaria.

Bibiana Carolina Gonzalez Perez

FIRMA

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

****NOTA: Si es la primera vez que radica cuenta de cobro, no olvide adjuntar su RUT con fecha de generacion inferior a un mes.**

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato, junto con las respectivas firmas. CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la cuenta de cobro en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.

a.	**Nombre:** se debe consignar los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación.
b.	**Identificacion:** marque NIT para número de identificación tributaria casilla 46 de RUT
c.	**Letras:** Diligenciar con claridad el valor, correspondiente a la sumatoria del valor fijo y variable (si aplica)
d.	**Números:** Diligenciar el valor total a cobrar de acuerdo a lo establecido en el contrato firmado con CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. (sumatoria del valor fijo y variable - si aplica)
e.	Contrato: Escriba el número del contrato que suscribió con CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
f.	**Objeto:** Diligenciar el objeto registrato en el memorando de solicitud de contratacion, el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
g.	**Periodo Comprendido Entre:** Se diligencia el periodo a cobrar del mes (DD/MM/AAAA), de acuerdo a la forma de pago establecida contractualmente
h	**Ciudad:** municipio y/o ciudad donde se presta el servicio
i.	**CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO:** Inicar el codigo CIIU de la actividad economica
J	**Dirección:** residencia del contratista
k	**Telefono:** fijo o numero de celular
l.	**Correo Electronico: escriba de manera clara correo de contacto**
m.	**Declaracion de Opcion Retencion en la fuente: Marque una sola opcion de acuerdo a su realidad fiscal**
n	**Beneficios tributarios:** Indicar con una x a que beneficios tributarios tiene derecho y adjunte los soportes

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S., con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página www.capitalsalud.gov.co/politica-de-privacidad-para-la-app-de-capital-salud-eps-s/.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

ELABORO / MODIFICO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Yuly Carolina Rodriguez Romero **Cargo:** Profesional Universitario Impuestos **Fecha:** Julio de 2025	Rudt Marlen Wilchez C / Lizeth Mairena Montero L. Coordinadora Tributaria (E)/ Prof. Procesos y Calidad Julio 2025	Ricardo Triana Parga Director Administrativo y Financiero Julio 2025

capitalsalud EPS-S	**FORMATO PARA INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS** PROCESO CONTRATACIÓN SUBPROCESO ETAPA CONTRACTUAL	**Código:** FR-027-CON **Versión:** V2.0.2025

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO No. CS-AD-006-2026

Período de Informe de Supervisión:	**Desde: 1 de junio 2026**	**Hasta: 30 de junio 2026**
Periodicidad pactada en el contrato:	**MENSUAL**	
Porcentaje de Ejecución en tiempo:	**48%**	
Porcentaje de ejecución presupuestal a la fecha del informe:	**48.130.508**	

DATOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nombre del Supervisor y cargo:	**Diana Yineth Rodríguez Niño**
Apoyo a la Supervisión:	**Nina Cardozo Sánchez**
Otras áreas que aportan información a la Supervisión:	**N/A**

DATOS BASICOS DEL CONTRATO

Fecha de sucripción del Contrato:	13 de enero de 2026		
Fecha de Inicio del Contrato: **Cuando aplique**	14 de enero de 2026	**Modalidad del contrato:**	**Prestación de Servicios**
Valor Inicial del Contrato	**$**		**100.007.702**
Objeto del contrato:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA DIRECCIÓN JURÍDICA DE CAPITAL SALUD EPS-S, CON SUS PROPIOS MEDIOS Y CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA, BRINDANDO APOYO EN LA PROYECCIÓN, ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOS JURÍDICOS Y EN LOS DEMÁS ASUNTOS DE COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN.		

INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

OTROSÍ	PRÓRROGA	DESDE	HASTA	MODIFICACIÓN	ADICIÓN	REDUCCIÓN	VALOR DE LA ADICIÓN O REDUCCIÓN
OTROSÍ No. 1 (*Fecha suscripción*):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
OTROSÍ No. 2 (*Fecha suscripción*):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
OTROSÍ No. 3 (*Fecha suscripción*):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
OTROSÍ No. 4 (*Fecha suscripción*):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
OTROSÍ No. 5 (*Fecha suscripción*):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
OTROSÍ No. 6 (*Fecha suscripción*):	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
VALOR TOTAL ADICIONES							$ -
VALOR TOTAL DEL CONTRATO							$ 100.007.702,00

SEGUIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO

No.	Descripción de la obligación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Realizar el estudio, análisis, proyección y revisión de respuestas a los requerimientos realizados por entes de control y cuerpos colegios, priorizados por la Dirección Jurídica			Actividad no requerida en el periodo
2	Elaborar los conceptos jurídicos en los asuntos propios de la gestión de la Dirección Jurídica, y que sean solicitados por el supervisor del contrato.			Actividad no requerida en el periodo
3	Revisar los documentos o actos jurídicos propios de la gestión contractual, asignados por la Dirección Jurídica			Actividad no requerida en el periodo
4	Apoyar las reuniones y mesas de trabajo que se realicen para tratar temas de nuevos procesos contractuales o situaciones generadas en el marco de la ejecución de los contratos, que requieran del acompañamiento jurídico.			Actividad no requerida en el periodo
5	Realizar seguimiento a las actividades y/o procesos que requieran atención especial por parte de la Dirección Jurídica	X		Se anexa informe de actividades
6	Brindar apoyo y soporte jurídico a los asuntos que hacen parte del subproceso de asuntos corporativos.			Actividad no requerida en el periodo
7	Proyectar y revisar los documentos o actos que se requieran en los diferentes procesos de la Dirección Jurídica.	X		Se anexa informe de actividades

Observaciones adicionales a la supervisión:

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES Y/O CERTIFICADO DE REVISOR FISCAL

SGSSS	FECHA DE PAGO Y/O CERTIFICADO	VALOR DEL PAGO
PENSIÓN	18/05/2026	553.600,00
SALUD	18/05/2026	432.500,00
RIESGOS PROFESIONALES	18/05/2026	18.100,00
CCF	18/05/2026	20.800,00
PARAFISCALES	18/05/2026	1.025.000,00

PLAN DE MEJORAMIENTO

Indicar si el contratista requiere plan de mejoramiento	**SI**		**NO**	**X**
Fecha de revisión de cumplimiento	**Desde:**		**Hasta:**	

No.	Descripción del incumplimiento	Acción de mejora	Seguimiento	Cumple	No Cumple

N: Nuevo hallazgo

Descuentos por incumplimiento de indicadores (Cuando aplique)
No Aplica

Sanciones

Marque con una x el tipo de sanción que fue se le impuso al contratista.

Tipo de Sanción impuesta	Valor de la sanción	Observaciones
Multa		
Cláusula Penal		
Suspensión del contrato		
No se impuso sanción		

Certificación de cumplimiento a la supervisión

El supervisor manifiesta que realizo el seguimiento a la ejecución integral del contrato y avala para el periodo a evaluar, que el pago se realice de acuerdo al resultado del proceso integral que involucra la validación documental, contabilización, aplicación de descuentos de ley y cumplimiento a obligaciones contractuales, de esta manera, el detalle de los conceptos y valores autorizados para pago queda soportado en los documentos de registros contables y documentos para pago, que reposan en los archivos de la entidad.

DIANA YINETH RODRIGUEZ NIÑO

Firmado digitalmente por DIANA YINETH RODRIGUEZ NIÑO
Fecha: 2026.06.18 13:16:02 -05'00'

Diana Yineth Rodríguez Niño
Directora Jurídica

Bibiana Carolina González Pérez
Profesional Especializado - OPS

Nina Cardozo Sánchez
Profesional Especializado

ELABORO / MODIFICO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Nina Cardozo Sánchez	Mónica Elizabeth Castiblanco Monroy	Diana Yineth Rodríguez Niño
Cargo: Profesional Especializado DJU	Coordinadora de Contratación	Directora Jurídica
Fecha: Septiembre 2025	Fecha: Septiembre 2025	Fecha: Septiembre 2025

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÒN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
V1.1-2019	Se modifica código del documento (código anterior F27-LJ, nuevo código FR-027-CON), asignación de proceso y subproceso; por motivo de actualización de mapa de proceso
V2-2025	Se modifica código del documento (código anterior F27-LJ, nuevo código FR-027-CON), asignación de proceso y subproceso; por motivo de actualización de mapa de proceso

capitalsalud	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN PARA PAGO** PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA SUBPROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS	**Código** FR-107-ADM **Versión** V6.0-2026

En el ejercicio del control de ejecución, certificó el cumplimiento del objeto y obligaciones así:

Contratista/Proveedor	BIBIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ			**NIT/C.C.**	52994537
Contrato:	X	**Orden de Compra**		**Legalización**	
Otro:					
NO.	CS-AD-006-2026	**VALOR**			**$100.007.702**

Objeto	Prestar servicios profesionales especializados a la dirección jurídica de Capital Salud EPS-S, con sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, brindando apoyo en la proyección, análisis y revisión de los diferentes documentos jurídicos y en los demás asuntos de competencia de la dirección.

Fecha Inicio del contrato	14 de 01 del 2026	**Fecha Terminación**	31 de 12 del 2026	**Valor inicial contrato**	**$ 100.007.702**
Fecha Inicio Prorroga No 1	DD de MM del AAAA	**Fecha Terminación Prorroga 1**	DD de MM del AAAA	**Valor adición No 1**	**$0**
Tiempo total del Contrato	ONCE MESES Y 17 DIAS O HASTA EL 31-12-2026			**Valor total contrato con adiciones**	**$100.007.702**
Total ejecutado a 31 de 05 de 2026	**$39.484.309**			**Saldo de contrato disponible a 1 de 06 de 2026**	**$60.523.393**

INFORMACIÓN PARA PRESUPUESTO Y TESORERÍA

Código	2.1.2.02.02.008.03.09.09	**Rubro**	Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p

Número CDP Inicial	CDP-2026-0539	**Fecha**	09 de 01 del 2026	**Valor CDP**	$ 100.007.702
Número CRP Inicial	CRP-0946-2026	**Fecha**	14 de 01 del 2026	**Valor CRP**	$ 100.007.702
				Valor total presupuesto asignado año anterior	**$0**
Número CDP CXP	N/A	**Fecha**	N/A	**Valor CDP CXP**	$ 0
Número CRP CXP	N/A	**Fecha**	N/A	**Valor CRP CXP**	$ 0
Número CDP	N/A	**Fecha**	N/A	**Valor CDP**	$ 0
Número CRP	N/A	**Fecha**	N/A	**Valor CRP**	$ 0
				Valor total presupuesto asignado año 2026	**$100.007.702**
				Valor total asignación presupuestal	**$100.007.702**
				Saldo CRP 1 de 06 de 2026	**$60.523.393**

DETALLADO DE FACTURACIÓN

Periodo del Servicio	Factura o CXC	Concepto de Servicio o Compra	Valor	Saldo
JUNIO	006-2026	Prestación de servicios profesionales	$8.646.199	**$51.877.194**
Total Facturas o cuentas de cobro a pagar			**$8.646.199**	
Saldo Total CRP a 1 de 07 de 2026			**$51.877.194**	

DETALLADO DE LEGALIZACIÓN

Legalización NO.	Concepto	Valor	Observaciones
XXXXXX	**Saldo a consignar:**	**$ 0**	
	Saldo pendiente a favor:	**$ 0**	

OBSERVACIONES	
FORMA DE PAGO	

Nota: Si es una factura de arrendamiento o de consesión, por favor realizar la observación sobre el incremento de IPC o variaciones en el valor de la factura.

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR

Para el pago parcial	
Para el pago total	

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTA DE 10 A 100, SIENDO 10 LA CALIFICACIÓN MÁS BAJA Y 100 LA MÁS ALTA.

DESCRIPCIÓN	CALIFICACION	OBSERVACIONES
Cumplió con el objeto para el cual se suscribió el contrato o la orden de compra	100	
Cumplió con las especificaciones técnicas y de funcionalidad requeridas de acuerdo con el contrato u orden de compra	90	
Cumplió con la entrega de las cantidades solicitadas	100	
La entrega se realizó en los tiempos acordados en el contrato u orden de compra	90	
Dio cumplimiento a las normas de Seguridad y salud en el trabajo	100	
Recibió la certificación y se verificó el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social y aportes parafiscales.	100	
Transparencia y Etica: El proveedor fomenta la participación de todas las partes interesadas relevantes en el proceso de compra, garantizando un acceso equitativo a la información	100	

Puntaje Total	**95**	**Calificación**	**EXCELENTE**

	PUNTAJE	RESULTADO
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEFINIDA	81 - 100	EXCELENTE - Proveedor confiable y recomendado.
	51 - 80	BUENO - Proveedor confiable.
	31 - 50	REGULAR - Proveedor poco confiable. Condicionado y/o Sancionado
	10 - 30	NO CONFIABLE - Proveedor Restringido

CONSTANCIA
Se expide la certificación en Bogotá D.C., a los **19** días del mes de junio de **2026.**

DIANA YINETH RODRIGUEZ NIÑO
Firmado digitalmente por DIANA YINETH RODRIGUEZ NIÑO
Fecha: 2026.06.18 13:16:49 -05'00'

FIRMA DEL SUPERVISOR O RESPONSABLE
Nombre: DIANA YINETH RODRÍGUEZ NIÑO
Cargo: Directora Jurídica

APOYO A LA SUPERVISIÓN
Nombre: Nina Cardozo Sánchez
Cargo: Profesional Especializado

Elaboró: Nina Cardozo Sánchez

ELABORÓ/MODIFICÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Iliana María Quintero Forero **Cargo:** Profesional de Compras **Fecha:** Marzo 2026	Dehidy Amparo Martinez / Daniela Aldana Coord. Administrativa / Prof. Procesos y Calidad Marzo 2026	Ricardo Triana Parga Director Administrativo y Financiero Marzo 2026

CONTROL DE CAMBIOS	
VERSIÒN	**DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO**
V3.0-2023	Se modifica código del documento, asignación de proceso y subproceso; por motivo de actualización de mapa de proceso
V4.0-2025	Se actualiza la información solicitada dentro del formato
V5.0-2025	Se actualiza la información en el ítem descripción
V6.0-2026	Se actualiza incluyendo la evaluación del proveedores de manera cuantitativa

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 6 PERIODO: 01 de junio de 2026 al 30 de junio de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios Profesionales
No. DE CONTRATO Y VIGENCIA	**CS-AD-006-2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Bibiana Carolina González Pérez**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C. 52.994.537
PLAZO DE EJECUCIÓN	Once punto cinco (11.5) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$100’007.702
FECHA DEL ACTA DE INICIO	14 de enero de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales especializados a la dirección jurídica de Capital Salud EPS-S, con sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, brindando apoyo en la proyección, análisis y revisión de los diferentes documentos jurídicos y en los demás asuntos de competencia de la dirección.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN (Física o virtual)
1. Realizar el estudio, análisis, proyección y revisión de respuestas a los requerimientos realizados por entes de control y cuerpos colegios, priorizados por la Dirección Jurídica.	En este periodo no se requirió la actividad por parte de la Dirección Jurídica	N/A	N/A
2. Elaborar los conceptos jurídicos en los asuntos propios de la gestión de la Dirección Jurídica, y que sean solicitados por el supervisor del contrato.	En este periodo no se requirió la actividad por parte de la Dirección Jurídica	N/A	N/A
3. Revisar los documentos o actos jurídicos propios de la gestión contractual, asignados por la Dirección Jurídica.	En este periodo no se requirió la actividad por parte de la Dirección Jurídica	N/A	N/A
4. Apoyar las reuniones y mesas de trabajo que se realicen para tratar temas de nuevos procesos contractuales o situaciones generadas en el marco de la ejecución de los contratos, que requieran del acompañamiento jurídico.	En este periodo no se requirió la actividad por parte de la Dirección Jurídica	N/A	N/A
5. Realizar seguimiento a las	1. Seguimiento y revisión del documento para la	1. Seguimiento y revisión del documento para la	Correo electrónico:

actividades y/o procesos que requieran atención especial por parte de la Dirección Jurídica.	actualización del RIT de Capital Salud EPS-S	actualización del RIT de Capital Salud EPS-S. mesa de trabajo 09/06/2026	Profesional.jurídica6@capitalsalud.gov.co  REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJ  Soporte de envío revisión y observacic
6. Brindar apoyo y soporte jurídico a los asuntos que hacen parte del subproceso de asuntos corporativos.	En este periodo no se requirió la actividad por parte de la Dirección Jurídica	N/A	N/A
7. Proyectar y revisar los documentos o actos que se requieran en los diferentes procesos de la Dirección Jurídica.	1. Revisión de la Directiva de Participación Ciudadana de la Secretaria Jurídica Distrital. 2. Proyección y presentación de Alegatos de conclusión dentro del proceso sancionatorio SIAD 7000202500253. 3. Proyección de oficio dirigido a la SNS, solicitud de eliminación de intereses sanción de multa SIAD 0910202101017. 4. Proyección y presentación de recurso de apelación dentro del expediente jurisdiccional JU-2026-0224. 5. Elaboración de presentación y exposición del caso Averiguación Preliminar SIAD 7000202301325. Solicitud de Información y/o pruebas a DEP. 6. Proyección y contestación de la	1. Revisión de la Directiva de Participación Ciudadana de la Secretaria Jurídica Distrital. Observaciones de su implementación 2. Proyección y presentación de Alegatos de conclusión dentro del proceso sancionatorio SIAD 7000202500253 3. Proyección de oficio dirigido a la SNS, solicitud de eliminación de intereses sanción de multa SIAD 0910202101017. 4. Proyección y presentación de recurso de apelación dentro del expediente jurisdiccional JU-2026-0224. 5. Elaboración de presentación y exposición del caso Averiguación Preliminar SIAD 7000202301325. - Solicitud de Información y/o pruebas a DEP. 6. Proyección y contestación de la	Correo electrónico: Profesional.jurídica6@capitalsalud.gov.co  Alegatos SIAD 7000202500253.pdf  Radicado Solicitud Eliminación de Inter  Recurso de Apelación JU-2026-( Soporte de Socialización y Solici

	demanda J-2026-0439. (En elaboración dentro del plazo). 7. Proyección y contestación de la demanda J-2026-0465. (En elaboración dentro del plazo). 8. Proyección y presentación acción de tutela - Respuesta SNS. Eliminación de Intereses sanción de multa SIAD 0910202101017. (En elaboración dentro del plazo).	demanda J-2026-0439. En elaboración. 7. Proyección y contestación de la demanda J-2026-0465. En elaboración. 8. Proyección y presentación acción de tutela - Respuesta SNS. Eliminación de Intereses sanción de multa SIAD 0910202101017. (En elaboración dentro del plazo).	Solicitud de Información.pdf Soporte de Envío de Solicitud de Infor

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	 **Bibiana Carolina González Pérez** C.C. 52.994.537 Contratista Dirección Jurídica

Bancolombia

Comprobante en línea

18 May 2026 17:01

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 318235164

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
181.69.145.148

Fecha
18 May 2026 17:01

Referencia 2
CC

Número de factura
83351586

Referencia 3
52994537

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$1.025.000

Número de comprobante
TR260518170146FkmjPd

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Producto
****** 5524**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bancolombia

Comprobante en línea

18 May 2026 17:01

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 318235164

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
181.69.145.148

Fecha
18 May 2026 17:01

Referencia 2
CC

Número de factura
83351586

Referencia 3
52994537

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$1.025.000

Número de comprobante
TR260518170146FkmjPd

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Producto
****** 5524**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	52994537	BIBIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ	Calle 145A # 13A-60	8133862	bibianacarolinagonzalez@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83351586	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$3,460,000	$1.025.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	432.500	0		0		0	0	0	0	432.500	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	553.600	0	0	0	0	0	0		553.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.100				18.100	0	0	18.100			181	18.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.800	0	0	20.800	1

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	432.500	432.500
Pensión	1	553.600	553.600
Riesgos Laborales	1	18.100	18.100
CCF	1	20.800	20.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.025.000	1.025.000

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	52994537	BIBIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ	Calle 145A # 13A-60	8133862	bibianacarolinagonzalez@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83351586	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$3,460,000	$1.025.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52994537	GONZALEZ PEREZ BIBIANA CAROLINA	59	0			N																	231001	3.460.000	30	553.600	0	0	0	0	EPS008	3.460.000	30	432.500	14-23	3.460.000	30	1	18.100	CCF24	3.460.000	30	20.800	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	52994537	BIBIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ	Calle 145A # 13A-60	8133862	bibianacarolinagonzalez@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83351586	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$3,460,000	$1.025.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	432.500	0		0		0	0	0	0	432.500	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	553.600	0	0	0	0	0	0		553.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.100				18.100	0	0	18.100			181	18.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.800	0	0	20.800	1

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	432.500	432.500
Pensión	1	553.600	553.600
Riesgos Laborales	1	18.100	18.100
CCF	1	20.800	20.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.025.000	1.025.000

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	52994537	BIBIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ	Calle 145A # 13A-60	8133862	bibianacarolinagonzalez@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83351586	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$3,460,000	$1.025.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52994537	GONZALEZ PEREZ BIBIANA CAROLINA	59	0			N																	231001	3.460.000	30	553.600	0	0	0	0	EPS008	3.460.000	30	432.500	14-23	3.460.000	30	1	18.100	CCF24	3.460.000	30	20.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificación Bancaria

Jueves, 13 de noviembre de 2025

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **BIBIANA CAROLINA GONZALEZ PEREZ** identificado(a) con CC. **52994537** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	640-298945-81	2006/12/11	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO

Señores
Capital Salud EPS-S S.A.S.
Ciudad

Ref. **Declaración de condiciones tributarias vigencia 2026.**

Cordial Saludo,

Yo, Yo Bibiana Carolina González Pérez, identificada con cedula de ciudadanía N° 52.994.537 de Bogotá, en cumplimiento de lo dispuesto en la normatividad tributaria vigente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que, para la vigencia fiscal del año 2026, **no** tomaré costos o deducciones asociados a las rentas derivadas de la ejecución del Contrato No. CS-AD-06-2026.

Esta declaración tiene como finalidad que, al momento de aplicar la retención en la fuente conforme al artículo 383 del Estatuto Tributario, se tenga en cuenta el beneficio del 25% de renta exenta previsto en el numeral 10 del artículo 206 del mismo Estatuto.

Así mismo, me comprometo a informar de manera oportuna a Capital Salud EPSS, cualquier modificación respecto de lo aquí declarado y a entregar de forma semestral (en los meses de febrero y julio) una copia actualizada de mi Registro Único Tributario – RUT, o cada vez que esta surta modificaciones.

Agradezco su atención.



Bibiana Carolina González Pérez
C.C. 52994537 de Bogotá

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141219879737

(415)7707212489984(8020) 000014121987973 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión illquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52994537

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
GONZALEZ	PEREZ	BIBIANA	CAROLINA

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 145 A 13 A 74 AP 206

42. Correo electrónico: bibianacarolinagonzalez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 0 7 2 3 9 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 0 7 0 2 0 1	8 2 9 9	2 0 0 6 0 6 0 1		0 0 1 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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:

Bibiana Carolina Gonzalez Perez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CASTRO CARREÑO CARLOS ALBERTO

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Señores:
CAPITAL SALUDEPS-S S.A.S
Coordinación Contable
Ciudad

Ref. **Declaración juramentada**

Respetados señores, Yo Bibiana Carolina González Pérez, identificada con cedula de ciudadanía N° 52.994.537 de Bogotá, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí y cumple con las condiciones establecidas en el ARTICULO 1.2.4.1.18 del Decreto Único Tributario 1625 de 2016 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria" modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017.

Nombre y Apellido	Documento	Fecha de Nacimiento	Calidad de Dependencia
Ana Victoria González González	1016915253	14/11/2017	Hijo
Antonio José González González	1019920965	23/06/2022	Hijo

La anterior información se suministra, bajo el entendido que no se solicita por más de un contribuyente el mismo dependiente. Anexo copia de los Registros Civiles.

Esta información se remite con el fin de optar al beneficio de la deducción por DEPENDIENTES establecido en las normas tributarias y en constancia firmo.

Cordialmente,



Bibiana Carolina González Pérez
C.C. 52994537

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1016915253

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34251655

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ * * * * * * * * * * * * * *	GONZALEZ * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

ANA VICTORIA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes NOV Día 14	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	14498061-4 * * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ PEREZ BIBIANA CAROLINA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52994537 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ VERGARA LUIS ALFONSO *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 73164562 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ VERGARA LUIS ALFONSO *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 73164562 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	[signature]

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes NOV Día 15	BERENICE TARQUINO CARRILLO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Angela Sirie Mayorga Fonse C.C. 52.066.04

NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra. 15 No. 75-09 Bogotá, D.C. Tel: 814 1441 Fax: 321 8774
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41@notaria41bogota.com
Página web: www.notaria41bogota.com

NOTARÍA CUARENTA Y UNA (41) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPIA AUTENTICADA DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO VÁLIDA PARA ACREDITAR PARENTESCO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EXTENDIDA EN PAPEL COMÚN, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.
EXPEDIDA EN BOGOTÁ, A SOLICITUD DE: **LUIS ALFONSO GONZALEZ**

A LOS: **22 NOVIEMBRE 2017** FACTURA FES No 191020

Funcionario responsable.

Nurian Beltran Murcia
C.C. 1.012.413.398

Vo. Bo.

BERENICE TARQUINO CARRILLO
Notaria 41 Encargada
Resolución **12489** del **16-11-2017** de la Supernotariado
Acta de posesión **510** 2017

ESPACIO EN BLANCO

Para corroborar el contenido de esta copia auténtica puede digitar este PIN en el siguiente enlace (link) ***www.notaria41bogota.com/pinonline***. Este PIN estará vigente para verificación hasta por cuatro (4) meses a partir de la fecha de expedición de este documento o por cuatro (4) intentos exitosos de consulta, los que se cumplan primero. La consulta (online) del PIN es un servicio de cortesía de la Notaría 41 del círculo de Bogotá, la cual no constituye deber u obligación legal o contractual para la Notaría.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019920965

Indicativo Serial 62096284

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 5 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 42 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ * * * * * * * * * * * * * * *	GONZALEZ * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

ANTONIO JOSE *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUN Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	172919814 * * * *

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

GONZALEZ PEREZ BIBIANA CAROLINA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52994537 *	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

GONZALEZ VERGARA LUIS ALFONSO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 73164562 *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ VERGARA LUIS ALFONSO *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 73164562 *	Luis A. Gonzalez

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes JUN Día 24	JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO Nombre y firma

República de Colombia Registraduría Nacional del Estado Civil Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42 Bogotá D.C.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

cadena s.a.