

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



DATOS BÁSICOS	
NUMERO DE CEDULA	52.746.216
NOMBRE	JOHANNA PAOLA MEDINA RODRIGUEZ
DIRECCION/SUBDIRECCION	DIRECCION GENERAL
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTA

INFORMACION CONTRACTUAL					
NUMERO DE CONTRATO	AND--113-2026	VIGENCIA	DESDE	9	JULIO 2026
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 24.000.000,00		HASTA	8	OCTUBRE 2026

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO		PRORROGA HASTA	DIA	MES	ANO
VALOR CEDIDO		FECHA CEDIDO	DIA	MES	ANO
SUSPENSIÓN		DESDE	DIA	MES	ANO
		HASTA	DIA	MES	ANO
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 24.000.000,00	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DIA	MES	ANO

INFORMACION PRESUPUESTAL Y DE EJECUCION					
TIPO DE GASTO	INVERSION	NUMERO DE CDP	726	NUMERO DE RP	28226
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302003-02				

INFORMACION PARA PAGO					
NUMERO DE PAGO	PRIMERO (1)	REGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

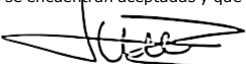
VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 8.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 5.866.667,00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 5.866.667,00
SALDO POR PAGAR	\$ 18.133.333,00

BASE GRAVABLE	\$ 0,00
IVA	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 375.500,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 293.333,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 12.250,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	\$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
Nº DE CUENTA	20430835875

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

CERTIFICACION DEL CONTRATISTA	
1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. 2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009. *Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato. 3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019. 4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato". 5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país). Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:	
 FIRMA: JOHANNA PAOLA MEDINA RODRIGUEZ	

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

Revisó: Carlos Andrés Corredor - Contratista
 Revisó: Wilson Suescun - Lider Juridico

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



Fecha de expedición del documento: Agosto de 2026

Nombre: JOHANNA PAOLA MEDINA RODRIGUEZ

Nº contrato: AND-113-2026

Fecha de inicio: 9 de Julio de 2026

Fecha de terminación: 8 de octubre de 2026

Período de pago: Julio de 2026

Nº de pago y/o factura: 001

Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales relacionados con el acompañamiento técnico para la atención y respuesta a los diferentes entes de control, en cumplimiento de los objetivos de la Agencia Nacional Digital.

Supervisor: ADRIANA GARCÉS RUIZ

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Apoyar la rendición de cuentas a los diferentes Entes de Control.	Se apoya a la Dirección General con la Revisión de los informes de empalme entregados con posterioridad al 7 de julio de 2026 para establecer una consecución en el informe final de entrega de cargo y empalme de la Dirección General y se entrega soporte normativo de manejo financiero y contable de los recursos entregados en administración a la Dirección.	Obligación 01
02	Realizar los informes requeridos por otros Entes de Control, y los Clientes Internos y Externos	Se articula la respuesta a la ANI dentro del término legal 24 de julio 2026, analizando cada uno de los soportes y argumentando la liquidación del CONVENIO con los soportes de entrega a	Obligación 02

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



*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		satisfacción de los productos y servicios y respuesta del Doctor Jesús Amado.	
03	Preparar información para auditorías internas y externas, facilitando soportes explicaciones oportunas.	Previo análisis de los hallazgos detectados en los procesos financieros de la AND se prepara y asiste a reunión para que la agencia nacional digital contemple en su plan de auditorías la articulación del "control interno contable" que se establece para entidades públicas estando la AND clasificada como una de ellas y que ayudaría a visualizar en conjunto las políticas contables, normas y procedimientos implementados por los responsables de la parte contable y financiera ante la gerencia para proteger los activos, prevenir fraudes y garantizar la exactitud de los registros financieros. Su objetivo principal es asegurar que los estados financieros sean fiables, oportunos y útiles para la toma de decisiones.	Obligación 03
04	Revisar soportes contables, comprobantes y documentos fuente registrados.	Se realiza un análisis de los estados financieros y las cifras allí contenidas desde el año 2017 al 30 de abril del año 2026, para articular las respuesta e informes de empalme que la Dirección debe reportar ante los solicitantes en los cuales se evidencia una falta de aplicación de la normativa para entidades Públicas Resolución 533 de 2015 y sus reglamentarios en la incorporación del capital social de la AND, Igualmente se realiza un análisis de ingresos versus gastos y disponible para la determinación del déficit y punto exacto que la agencia no era autosostenible y consume su patrimonio para llegar a la desfinanciación del dinero de los convenios. Se anexa presentación informe a la Dirección.	Obligación 04

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

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
05	Realizar apoyo desde el componente técnico en la elaboración y/o revisión de los actos administrativos, respuestas a entes de control, derechos de petición, oficios, informes, incidentes de desacatos, tutelas y demás documentos que requiera el Ordenador del Gasto y/o el Supervisor del Contrato.	Se realiza la revisión de las actas de junta directiva y demás soportes de índole financiero, jurídico y tecnológico soportes entregados por la subdirección financiera y administrativa, para desarrollar comparativos de tiempo con indicadores para dar respuestas específicas a los entes de control, informe de empalme, informes ministeriales y demás usuarios externos que los requieran. Se genera un grupo de empalme entre la dirección el jurídico para dar prioridad a las solicitudes.	Obligación 05
06	Elaborar, consolidar y presentar la información contable, financiera y presupuestal que se requiera para el proceso de empalme o transición administrativa, verificando su consistencia con los registros contables y apoyando la preparación de los informes, anexos, conciliaciones y demás documentos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones legales y administrativas de la entidad	Se realizan reunión con la Dirección General y el Asesor Jurídico para la determinación de los saldos reportados en estados financieros y avanzar en el informe de empalme de la Dirección General.	Obligación 06
07	Asistir a las diferentes reuniones, grupos de trabajo y comités convocados y/o programados por el Supervisor del Contrato y/o por el Ordenador del Gasto.	Se asiste a las diferentes reuniones programas por la Dirección General	Obligación 07

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



Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
JUNIO	90253780

Presentó:

Aprobó

Firma Contratista
JOHANNA PAOLA MEDINA RODRIGUEZ

Firma Supervisor
ADRIANA GARCÉS RUIZ- DIRECTOR GENERAL

Revisó: Carlos Andrés Corredor - Contratista
Revisó: Wilson Suescun - Líder Jurídico

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52746216	JOHANNA PAOLA MEDINA RODRIGUEZ	CL 160 58-75 TORRE 6 APTO 604	7479028	johannacontab@yahoo.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90253780	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$972.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	412.500	0		0		0	21	6.400	0	418.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	528.000		0	0	0	0	21	8.200	0	536.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.300					17.300	21	300	17.600			173	17.600	1

TOTALES CAJAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	21	0	0	0
ICBF				
0	21	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	412.500	418.900
Pensión	1	528.000	536.200
Riesgos Laborales	1	17.300	17.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	957.800	972.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52746216	JOHANNA PAOLA MEDINA RODRIGUEZ		CL 160 58-75 TORRE 6 APTO 604	7479028	johannacontab@yahoo.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90253780	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$972.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INA	RET	TDE	TAL	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	INTL	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 52746216	MEDINA RODRIGUEZ JOHANNA PAOLA	59	0			N																	25-14	3.300.000	30	528.000	0	0	0	0	EPS002	3.300.000	30	412.500	14-23	3.300.000	30	1	17.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141226229211			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 7 4 6 2 1 6		6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 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 5 2 7 4 6 2 1 6	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido MEDINA		32. Segundo apellido RODRIGUEZ		33. Primer nombre JOHANNA	
34. Otros nombres PAOLA		35. Razón social			
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal CL 160 58 75 TO 6 AP 604					
42. Correo electrónico johannacontab@yahoo.com.co					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 1 7 4 7 9 0 2 8		45. Teléfono 2 3 1 2 3 7 0 7 8 0 0	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 6 9 2 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 7, 1 2 0 4		48. Código 7 0 2 0	
49. Fecha inicio actividad 2 0 2 2, 0 1 0 1		50. Código 1 3 2 1 1		51. Código 2 4 1 1	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 2 2 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2025-12-19 / 10:14:32PM					
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 MEDINA RODRIGUEZ JOHANNA PAOLA					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					