**CABILDO MAYOR DEL RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN**
Nit 901.788.315-5
CORR EL RAYO ZN RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Tel: (604) 3106558242
San Pedro De Uraba - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
**No. DS 551**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Proveedor** | MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA | | |
| **Nit** | 1.033.342.360-5 | **Teléfono** | (604) 0000000 - Ext. 000 |
| **Dirección** | No aplica | **Ciudad** | San Pedro De Uraba - Colombia |

| Fecha de compra | Fecha de Vencimiento |
|---|---|
| 2025-05-21 | 2025-05-31 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Prestador de Servicio | 1.00 | 1,352,132.00 | 1,352,132.00 |

**Valor en Letras:**
Un millón trescientos cincuenta y dos mil ciento treinta y dos pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Crédito proveedores - Cuota No. 001 vence el 2025-05-31 $ 1,352,132.00 por

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 1,352,132.00 |
| **Total a Pagar** | 1,352,132.00 |

**Observaciones:**
PS MAYO 607 EIC B

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
**Número Autorización 18764090220210 aprobado en 20250310 prefijo DS desde el número 101 al 10000 Vigencia: Vigencia: 24 meses.**

**CUDS:** c096fcbd19c913db6ad462f13d8e2884d0bb81827aebab9460b9d126937ff01faad9b80fd053bb9a93893087f1ad782e

# Cuenta de Cobro N°2

RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit: 901788315-5

Debe a:

Nombre: MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA
Fecha: 01 a 31 del mes de mayo del 2025
Identificación: 1033342360
Dirección: San Pedro de Urabá

Número de cuenta: 52085483293
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: BANCOLOMBIA

Por concepto de: Prestación servicios en el cargo de PSICOSOCIAL, en la modalidad **Campesina** tipo B.

Valor: $1352132

Certificado para retenciones 2025

---

Yo, MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA, certifico que:
Manifiesto bajo gravedad de Juramento, conforme a los Art 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023, que no me tomaré costos y deducciones de dicha renta; por lo tanto, aplicar Tabla del ART 383 ET parágrafo 2; es decir aplicar tabla de retención para asalariados. Pagos superiores a 95UVT

---

Declaro bajo la gravedad de juramentos que la información consignada en este documento es cierta y puede ser verificada en cualquier momento por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN o cualquier ente fiscalizador que así lo requiera. De igual manera, que los documentos aportados del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Firma




Nombre MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA
Identificación: 1033342360

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.033.342.360



Apellidos
ARREDONDO ZAPATA

Nombres
MARIA ALEJANDRA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
31 AGO 1997

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOLIVAR (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
01 DIC 2015, AMAGA

Firma
Mª Alejandra AZ

Fecha de expiración
27 MAYO 2034

.CO

0473099 44

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0473099448010 13<<<<<<<<<<<
9708310F3405271COL1033342360<4
ARREDONDO<ZAPATA<<MARIA<ALEJAN

# Certificado Bancario

Jueves, 10 de Abril de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA ALEJANDRA ARREDONDO identificado(a) con CC 1033342360, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 52085483293 | 2017/05/26 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141172915731

(415)7707212489984(8020) 000014117291573 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 3 3 4 2 3 6 0 | 5 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 3 3 4 2 3 6 0 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Amagá 0 3 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARREDONDO | ZAPATA | MARIA | ALEJANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 79 2 SUR 89 CA 125

42. Correo electrónico malejandraarredondoz@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 4 3 4 3 7 1 2 | |

## 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 |
| 8 5 6 0 | 2 0 2 4 0 1 0 1 | 7 4 9 0 | 2 0 2 0 0 1 1 5 | 7 2 2 0 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

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

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ARREDONDO ZAPATA MARIA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DE IDONEIDAD, VERACIDAD Y LEGALIDAD DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO DECLARACIONES ESPECIALES.

Yo MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA Identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1033342360 domiciliado en SAN PEDRO DE URABA, declaro bajo la gravedad de juramento y acepto que:

1. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que me encuentro en óptimo estado de salud para realizar las actividades encomendadas y que no estoy ocultando ninguna enfermedad o dolencia AL CONTRATANTE al momento de firmar el contrato de prestación de servicios y me comprometo a avisar inmediatamente o a más tardar al día siguiente de ocurrido cualquier hecho que menoscabe mi salud, por algún medio AL CONTRATANTE y a reportar cualquier accidente que sufra en función a la PRESTACIÓN DEL SERVICIO para la cual fue contratado.

2. Mediante la presente me comprometo a presentar certificación médica que constata lo anteriormente manifestado a más tardar 15 días de la firma del contrato.

3. En caso de que EL CONTRATISTA tenga alguna anomalía en su salud a la fecha de terminación de este contrato, lo deberá informar por escrito AL CONTRATANTE de no hacerlo se entenderá por parte de EL CONTRATISTA que se encuentra en perfecto estado de salud y sin enfermedades o dolencias.

4. EL CONTRATISTA declara que posee todas las certificaciones de ley para desempeñar el oficio o cargo aquí especificado y que será el único responsable por la falta o incumplimiento de este requisito y se compromete a presentar las certificaciones cuando lo exija EL CONTRATISTA.

5. Así mismo, por medio de este documento, AUTORIZO a la CONTRATANTE para recabar de otras Administraciones Públicas o privadas los datos, certificados e informes necesarios para comprobar la certeza de los datos que figuran en los documentos requeridos para la elección del jefe de control interno, así como sobre la autenticidad de los documentos cuyas copias se aportan, y cualquier otra información que se precise en la tramitación del expediente que se insta.

6. De igual manera bajo la gravedad de juramento EL CONTRATISTA manifiesta que no se encuentro incurso en algún proceso ni esta investigado ni juzgado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años según la ley 1918 del 2018.

DECLARACIONES ESPECIALES

0. De común acuerdo las partes pactan:

Que, con el ánimo de facilitar el cumplimiento de las obligaciones que tiene el contratante con las entidades a las cuales presta sus servicios, relacionados con la verificación de pago de aportes de seguridad social que realiza el personal contratista, éste autoriza al CONTRATANTE para que realice el trámite del pago de la seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios, sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

0. El contratista autoriza al contratante para realizar el pago de su seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

Señale con una X EL APORTE VOLUNTARIO ADICIONAL QUE DESEA REALIZAR.

- Aportes voluntarios - CAJA DE COMPENSACION 2%
- SENA 2%
- ICBF 3%



MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA
CC 1033342360

NOTA INFORMATIVA: El incumplimiento de alguna de las manifestaciones antes expuestas ocasionará la terminación del contrato de prestación de servicios celebrado.

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) MARIA ALEJANDRA ARREDONDO ZAPATA identificado(a) con CC 1033342360 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/03/2014** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **E.S.E. HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de abril del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A