**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 564**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Proveedor** | WILMAR ANTONIO CAUSIL HERNANDEZ | | |
| **Nit** | 1.035.640.584-3 | **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 | 607,189.00 | 607,189.00 |

**Valor en Letras:**
Seiscientos siete mil ciento ochenta y nueve pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Crédito proveedores - Cuota No. 001 vence el 2025-05-31 por $ 607,189.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 607,189.00 |
| **Total a Pagar** | 607,189.00 |

**Observaciones:**
PS MAYO 607 PROPIAD

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:** dcced112611b0c34e8bbd7bc38ccab4a8ddc97db254a2788403287f191259a84bcb3eb957164af05e275998107436150

# Cuenta de Cobro N1

RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit: 901788315-5

Debe a:

Nombre: Wilmar Antonio Causil Hernandez
Fecha: 30/05/2025
Identificación: 1035640584
Dirección: San Pedro de Urabá

Número de cuenta: 64568617957
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: Bancolombia

Por concepto de: Prestación servicios en el cargo de Auxiliar administrativo
Valor: $ 758986

Certificado para retenciones 2025

---

Yo, Wilmar Antonio Causil Hernandez, 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: Wilmar Antonio Causil Hernandez
Identificación: 1035640584


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.035.640.584

Apellidos
CAUSIL HERNANDEZ

Nombres
WILMAR ANTONIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 ABR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN PEDRO DE URABA (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
25 MAYO 2023, SAN PEDRO DE URABA

Firma

Fecha de expiración
29 MAYO 2033


.CO

024805894

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL024805894801237<<<<<<<<<<
0504128M3305290COL1035640584<9
CAUSIL<HERNANDEZ<<WILMAR<ANTON

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 141159682601

(415)7707212489984(8020) 000014115968260 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1035640584 | 3 | Impuestos de Medellín 11 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1035640584 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Antioquia 05 | San Pedro de Uraba 665 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAUSIL | HERNANDEZ | WILMAR | ANTONIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Antioquia 05 | San Pedro de Uraba 665 |

41. Dirección principal: VRD QUEBRADA DEL MEDIO

42. Correo electrónico: causilhernandezwilmar@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3244848786 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0010 | 2024/06/03 | 6190 | 2024/06/03 | | | | | |

## 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 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3

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: CAUSIL HERNANDEZ WILMAR ANTONIO

985. Cargo: Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Jueves, 13 de junio de 2024

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **WILMAR ANTONIO CAUSIL HERNANDEZ**, identificado con CC. **1.035.640.584**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

| Nombre Producto | N.º Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 64568617957 | 2024/06/13 | ACTIVA |

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

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

Yo **Wilmar Antonio Causil Hernandez** Identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1035640584** domiciliado en **San pedro de Urabá**, 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.

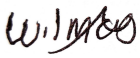
**DECLARACIONES ESPECIALES**

**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%



**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**NOMBRE DEL CONTRATISTA: Wilmar Antonio Causil Hernandez**

**CEDULA: 1035640584**

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

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3530786

## ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

## CERTIFICA QUE:

WILMAR ANTONIO CAUSIL HERNANDEZ, identificado con Cedula Ciudadania 1035640584 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| **Tipo y N° de identificación:** | Cedula Ciudadania 1035640584 |
| **Nombres y apellidos:** | WILMAR ANTONIO CAUSIL |
| **Nivel de Sisben:** | No Aplica |
| **Grupo Sisben:** | |
| **Fecha de afiliación:** | 2012-04-01 |
| **Ciudad:** | SAN PEDRO DE URA |
| **Régimen:** | CONTRIBUTIVO |
| **Estado de afiliacion:** | Activo |
| **Modelo de liquidación:** | CAPITA |
| **Fecha de retiro:** | |
| **Semanas de afiliación:** | 684 |

El presente documento fue generado el 2025-05-12 10:56:07, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

**DIRECCION DE ASEGURAMIENTO**

SAVIA SALUD EPS

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILMAR ANTONIO CAUSIL HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1035640584,** se encuentra afiliado/a desde **26/08/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de febrero de 2025.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.