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 912

Proveedor	ANA MARIA ARCIA DORANTE		
Nit	1.041.265.304-1	**Teléfono**	(604) 3227168969 - Ext. 000
Dirección	VEREDA EL CAÑO MARGEN DERECHA	**Ciudad**	San Pedro De Uraba - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2025-07-23	2025-07-30

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestador de Servicio	1.00	2,448,341.00	2,448,341.00

Valor en Letras:
Dos millones cuatrocientos cuarenta y ocho mil trescientos cuarenta y un pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito proveedores - Cuota No. 001 vence el 2025-07-30 por $ 2,448,341.00

Total Bruto	2,448,341.00
Total a Pagar	2,448,341.00

Observaciones:
PS JULIO 607 EIC A SAN PEDRO

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: 0a3c93f6a67faec35bdf6fc6e3d906c1312344cc04244ed75775f33da838e2b9ac14ed608653e8fc3fa24830032a51e3

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Cuenta de Cobro N5

RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit: 901788315-5

Debe a:

Nombre: Ana María Arcia Dorante
Fecha: 30/07/2025
Identificación: 1041265304
Dirección: San Pedro de Urabá

Número de cuenta: 64555273477
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: Bancolombia

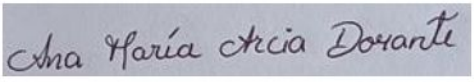
Por concepto de: Prestación servicios en el cargo de Agente educativa
Valor: $ 2.448.341

Certificado para retenciones 2025

Yo, Ana María Arcia Dorante, 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 Ana María Arcia Dorante
Identificación: 1041265304

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.041.265.304**

ARCIA DORANTE

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

Ana Arcia

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1993**

SAN PEDRO DE URABA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-DIC-2011 SAN PEDRO DE URABA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0123700-00390542-F-1041265304-20120731 **00306**72477A 1 37911858

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14806698000

(415)7707212489984(8020) 000001480669800 0

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	San Pedro de Uraba 6 6 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARCIA	DORANTE	ANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	San Pedro de Uraba 6 6 5

41. Dirección principal
VDA EL CAÑO MARGEN DERECHA

42. Correo electrónico anam1193@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 7 1 6 8 9 6 9	

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
8 2 9 9	2 0 2 0 0 3 1 1					

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
4 9																									

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 ARCIA DORANTE ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación
Bancaria

Viernes, 21 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA MARIA ARCIA DORANTE identificado(a) con CC 1041265304, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	64555273477	2023-07-21	ACTIVO	*****

***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 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 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

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANA MARIA ARCIA DORANTE identificado(a) con CC 1041265304 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 12/01/2025

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes 4 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

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

Yo Ana María Arcia Dorante Identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1041265304 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

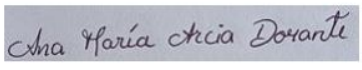
0. De común acuerdo las partes pactan:

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.



CEDULA: 1041265304
NOTA INFORMATIVA: El incumplimiento de alguna de las manifestaciones antes expuestas ocasionará la terminación del contrato de prestación de servicios celebrado.