INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CD-PSP-0643-2026	
Informe Parcial _____ / No. Del Informe 7	Informe Final ___X___
Periodo del Informe: Del 01.08.2026 hasta el 10.08.2026	
Fecha en la que se rinde el informe :	21.09.2026

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
NIT / C.C.:	10721904508
Supervisor:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Cargo:	DIRECTORA OPERATIVA / DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR EN LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	26.01.2026
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	02.02.2026
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100077572
Registro Presupuestal	4600036567
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$82,480,430
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$82,480,430
Plazo de Ejecución Inicial	10 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	10 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	01.12.2026
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	SI
Aseguradora	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 62%

1. Participar en el proceso del plan anual de adquisiciones y de proyectos de la dirección de salud pública conforme a las directrices establecidas

Se realiza seguimiento del PAA a corte 10 de agosto de 2026. Verificando la ejecución de contratación.

2. revisar y hacer seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública y

enviar periódicamente los informes correspondientes

Se analizó y se realizó seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública a corte 10 de agosto de 2026.

3. cooperar con el seguimiento y pagos de contratos de personas natural y/o jurídica e informar a la dirección de salud pública las alertas tempranas.

Se realizó seguimiento de pagos de contratos de personas natural de acuerdo ejecución a corte 10 de agosto de 2026.

4. cooperar con el seguimiento de la ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud publica

Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud pública a corte 10 de agosto de 2026.

5.Participar en el seguimiento a cuentas, proyectos reservas de los contratos inherentes a las dependencias de la dirección de salud pública.

Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel de las reservas del año 2025, a corte 10 de agosto de 2026

6.Proyectar, revisar y consolidar los informes administrativos y contables designados por la dirección de salud publica

Se revisó el informe SPI, entregado del mes de agosto de 2026.

7.Cooperar en el proceso precontractual de persona natural y/o jurídica del componente financiero que le sea asignado, conforme a las directrices establecidas

Se desarrollaron los análisis de costos en los formatos de ESTUDIO DE MERCADO, ANALISIS DEL SECTOR, ANALISIS DEL MERCADO teniendo en cuentas las cotizaciones y estudios previos de los procesos PLANTAS ELECTRICAS.

8.Participar en las reuniones, comités y mesas de trabajo que le sean asignados.

Se realizó reunión de inducción de procesos de contratación y SPI a corte 10 de agosto de 2026.

9.Cooperar con las demás actividades que le sean asignadas acorde a la naturaleza del contrato.

Se analizaron las ejecuciones de los contratos PIC de acuerdo a las cuentas entregadas.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300142245	13.04.2026	$7,973,108
3300142248	13.04.2026	$8,248,043
3300149202	25.05.2026	$8,248,043
3300151985	10.06.2026	$8,248,043
3300159254	24.07.2026	$8,248,043
3300162850	18.08.2026	$8,248,043

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor inicial del Contrato / Convenio	$82.480.430	
Valor Adición	$0	
Valor Ejecutado		$49.213.323
Saldo a favor del Contratista		$2.749.348
Saldo a favor de la Entidad para liberar		$30.517.759
Sumas iguales	$82.480.430	$82.480.430

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

No Aplica

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Que, la CONTRATISTA mediante escrito de fecha 10 de agosto de 2026, solicitó la terminación anticipada del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS N° SS-CD-PSP-0643-2026, por motivos personales

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
DIRECTORA OPERATIVA / DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA

05 SEP 2026

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PUBLICA	Código: E-GCCP-FR-012
	EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	Versión: 07
		Fecha Aprobación: 17-07-2025

FECHA:	21	9	2026

Contratista					
NOMBRE CONTRATISTA	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS		CC	1072180450B	Teniendo en cuenta el Tipo de Contrato, realice la evaluación del proveedor calificando cada item de 0 a 3, teniendo en cuenta que:
DATOS GENERALES DEL PROVEEDOR					
TIPO DE CONTRATO	PRES.SERV.PROFESIONALES Y APOYO GESTION, TRABAJOS ARTISTICOS	No. CONTRATO	SS-CD-PSP-0643-2026	FECHA INICIO: 02-02-2026	3 = Cumplió requisito. 2 = Cumplió requisito con observaciones. 1 = Cumplió requisito parcialmente. 0 = No cumplió requisito.
				FECHA DE TERMINACION: 01-12-2026	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR EN LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.				

EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL		
Descripción	Calificación	Porcentaje
El proveedor cuenta con permisos y autorizaciones respecto a su misionalidad (gestión de residuos aprovechables, peligrosos, fortalecimiento ambiental, entre otros)	3	20%
El proveedor provee a sus operarios los elementos necesarios para realizar sus labores (EEP acorde a la necesidad del manejo o prestación del bien o servicio)	3	20%
El proveedor generó emergencias o contingencias en el servicio o bien prestado	3	20%
El proveedor atiende solicitudes respecto al cumplimiento de requerimientos ambientales exigibles oportunamente	3	20%
El proveedor atiende los procedimientos establecidos por la entidad para el control de impactos ambientales	3	20%
EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL		100%

EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Descripción	Calificación	Porcentaje
Registro de la autoevaluación del sistema conforme a la Tabla de Valores y Calificación de los Estándares Mínimos del SGSST	3	20%
Plan de Mejoramiento conforme al resultado de la autoevaluación de los estándares mínimos del SGSST.	3	20%
Documentación del SGSST de acuerdo con artículo 2.2.4.6.12. Decreto 1072 de 2015	3	20%
Documento soporte de afiliación a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales de los cuatro (4) meses anteriores a la fecha de verificación, de acuerdo con la normatividad vigente.	3	20%
Certificación de ARL de número de accidentes de trabajo y número de enfermedades laborales ocurridos en los dos (2) últimos años en la empresa.	3	20%
EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		100%

EVALUACIÓN PROVEEDOR PERSONA NATURAL		
Descripción	Calificación	Porcentaje
Cumple con las obligaciones contraídas en el contrato dentro de los plazos establecidos	3	20%
Suministra información solicitada dentro de los plazos, si tiene a cargo sistemas de información de la entidad los entrega completamente gestionados	3	20%
El contratista desarrollo el objeto contractual y entregó las actividades a la entidad	3	20%
El contratista cumple con la gestión de pagos de la entidad	3	20%
El contratista entregó los productos en calidad y condición solicitada	3	20%
EVALUACIÓN PROVEEDOR PERSONA NATURAL		100%

EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
Descripción	Calificación	Porcentaje
El proveedor prestó el bien o servicio a satisfacción, conforme los procesos y procedimientos establecidos por la Gobernación de Cundinamarca	3	20%
El proveedor contó con el personal idóneo para la prestación del bien o servicio a satisfacción.	3	20%
El proveedor cuenta con procesos y procedimientos definidos y / o documentados para la prestación del bien o servicio.	3	20%
El proveedor no está inmerso en inhabilidades, multas o sanciones por organismos de control y / o cámaras de comercio.	3	20%
El proveedor suministró la información referente a "Ejecución del contrato" en las secciones del SECOP II para la adecuada gestión y seguimiento del contrato electrónico.	3	20%
EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		100%

EVALUACIÓN PROVEEDOR BAJO CRITERIOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
Evaluación por sistema	%
EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	100%
EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	100%
EVALUACIÓN PROVEEDOR SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%
EVALUACIÓN PROVEEDOR PERSONA NATURAL	100%
TOTAL	100.0%

Observaciones por sistema evaluado (si aplica)	

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO		
NIVEL	PUNTAJE	VALORACIÓN
A: Notable	Entre 90 y 100	Felicitaciones! Ha logrado un nivel notable que permite asegurar la satisfacción del producto o servicio prestado.
B: Confiable	Entre 71 y 89	Es muy importante vigilar las condiciones de trabajo y las características a asegurar para evitar el deterioro de los resultados.
C: Riesgo	Entre 50 y 70	Es muy importante vigilar las condiciones de trabajo y las características a asegurar para evitar el deterioro de los resultados. Este resultado se debe tener en cuenta para futuras contrataciones
D: Crítico	Entre 0 y 49	No es confiable la contratación realizada, se deben ejecutar las acciones contractuales correspondientes, y validar la necesidad garantizar el producto o servicio contratado.

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Cargo:	DIRECTORA OPERATIVA / DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA

INFORME DE CONTRATISTA SS-CD-PSP-0643-2026	
Informe Parcial */ 07*	*Informe Final X*
Periodo del Informe: *Del 01 de agosto de 2026 hasta el 10 de agosto de 2026*	
Fecha en que se rinde el informe	*21 de septiembre de 2026*

OBLIGACIONES, ACTIVIDADES ESPECÍFICAS Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Participar en el proceso del plan anual de adquisiciones y de proyectos de la dirección de salud pública conforme a las directrices establecidas	Realice seguimiento del PAA a corte 10 de agosto de 2026. Verificando la ejecución de contratación.	Excel PAA 2026, ejecución a corte 10 de agosto de 2026.
2. revisar y hacer seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública y enviar periódicamente los informes correspondientes	Analice y realice seguimiento a la ejecución presupuestal de los recursos asignados de la dirección de salud pública a corte 10 de agosto de 2026.	Ejecución presupuestal a corte agosto 10 de 2026. EJECUCION AGOSTO 2026 -JAHIR ROMERO - 10-08-2026
3. cooperar con el seguimiento y pagos de contratos de personas natural y/o jurídica e informar a la dirección de salud pública las alertas tempranas.	Realice seguimiento de pagos de contratos de personas natural de acuerdo ejecución a corte 10 de agosto de 2026	Archivo de Excel EJECUCION AGOSTO 2026 -JAHIR ROMERO - 10-08-2026
4. cooperar con el seguimiento de la ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud publica	Realice Se realizó seguimiento con el cuadro de Excel ejecución presupuestal de los proyectos, metas de la dirección de salud pública a corte 10 de agosto de 2026.	BASE DE DATOS PLAN DE ACCIÓN 2026 SEC SALUD V061 992026 SSC
5. Participar en el seguimiento a cuentas, proyectos reservas de los contratos inherentes a las dependencias de la dirección de salud pública.	Realice seguimiento con el cuadro de Excel de las reservas del año 2025, a corte 10 de agosto de 2026	BASE DE DATOS RESERVAS EN EXCEL.
6.Proyectar, revisar y consolidar los informes administrativos y contables designados por la dirección de salud publica	Revise el informe SPI, entregado del mes de agosto de 2026.	Archivo informe SPI para diligenciar julio.
7.Cooperar en el proceso precontractual de persona natural y/o jurídica del componente financiero que le sea asignado, conforme a las directrices	Desarrolle los análisis de costos en los formatos de ESTUDIO DE MERCADO, ANALISIS DEL SECTOR, ANALISIS DEL MERCADO teniendo en cuentas las cotizaciones y estudios previos de los procesos	Archivos de Excel formato estudio de mercado, de los procesos ESTUDIO DE MERCADO, ANALISIS DEL SECTOR, ANALISIS DEL MERCADO teniendo en cuentas las cotizaciones y estudios previos

establecidas	PLANTAS ELECTRICAS	de los procesos PLANTAS ELECTRICAS.
8.Participar en las reuniones, comités y mesas de trabajo que le sean asignados.	Realice reunión de inducción de procesos de contratación y SPI a corte 10 de agosto de 2026.	Listado de procesos
9.Cooperar con las demás actividades que le sean asignadas acorde a la naturaleza del contrato.	Analice las ejecuciones de los contratos PIC de acuerdo a las cuentas entregadas.	Informe de los líderes del proceso.

Cordialmente,

Firma Contratista
ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 de Sibaté
Correo: catalinacamacho243@gmail.com
Teléfono: 3136296947

Bogotá, D. C., **21 de septiembre de 2026**

CUENTA DE COBRO No. 07

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 de Sibaté

LA SUMA DE: DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($2.749.348,00)

POR CONCEPTO DE: "PRESTAR EN LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA SERVICIOS PROFESIONALES Y ESPECIALIZADOS ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD", Según el contrato de prestación de Servicios No. CD-PSP-0643-2026.

Del periodo correspondiente a: **01 DE AGOSTO DE 2026 A 10 DE AGOSTO DE 2026**

Consignar el valor de la presente en: Banco BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros **N° 94532025561**

Cordialmente,

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 de Sibaté

Celular No: 313 6296947

Correo electrónico: catalinacamacho243@gmail.com

Certificación
Bancaria

Lunes, 21 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGY LIZBETH XIOMARA CAMACHO CASTELL NOS identificada(o) con CC 1072190450, 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 de ahorros	94532025562	2012-10-06	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 numeros: 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: 018000 09 12345 Sucursales telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (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, reporte el de inmediato a correosospechosos@bancolombia.com.co

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 9
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 01/Diciembre/2025

FECHA: DÍA 03 MES 03 AÑO 2026 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [XX] 2. ACTUALIZACIÓN [ ]

INFORMACIÓN GENERAL

1. SECRETARÍA ENTIDAD	Salud
¿CUAL?	
2. CONTRATO/OC	SS-CD-PSP-0543- AÑO 2026
3. OTROSÍ No.	AÑO

DATOS PERSONALES

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
5. NIT O CÉDULA DE CIUDADANÍA	NIT No 1072190450 D.V 8
6. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS
7. CUENTA CONTRATISTA	CC Cedula de Ciudadania No 1072190450 D.V 8
8. DIRECCIÓN	CR 7 5 A 05 BRR SAN RAFAEL
9. MUNICIPIO/DEPARTAMENTO	Cundinamarca-Sibate
10. TELÉFONO	CELULAR 3125913737
11. CORREO ELECTRÓNICO	indicativo nicogamezasambles1@gmail.com

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

12. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Bancolombia Cód. 1007
Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?	
13. No. CUENTA BANCARIA	94532025861 TIPO Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual.
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

14. PERSONA	Natural
15. RETENCIÓN A TERCEROS (SOCIEDADES)	No aplica No
La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica	
16. NATURALEZA	Privada ¿CUAL?
17. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO IVA	No Responsable de IVA
18. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
	AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?
19. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL 69202 Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría financiera y asesoría tributaria en el ejercicio de una profesión liberal
	SECUNDARIA
20. TARIFA ICA	PRINCIPAL CMU 69202 7.66 x 1000
	SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario: con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, bancarios en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, el deseo ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puedo solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co

ANEXOS

Marque con una X los documentos que se anexan a la presente solicitud.

1. Fotocopia del documento de identidad	Si
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde consta que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

ANGY LIZBETH XIOMARA C. CAMACHO CASTELLANOS — 37. FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

1072190450 — 38. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

21. TERCERO	ASER - ADQUISICION SERVICIOS
22. CUENTA CONTABLE	Otra cuenta ¿CUAL? 2480040000
23. CLASIFICACIÓN CUENTA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
24. TIPO DE PAGO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

25. RETEFUENTE	TARIFA 1 RH18 Ret. >95 hasta 150 10% Ley 2010 de 12-19
	TARIFA 2
	TARIFA 3
26. ICA	TARIFA 1 IS06 Ret. ICA Sve Prof Liberal y otras 7.66 x 1000
	TARIFA 2
	TARIFA 3
27. RETENCIÓN IVA	RI05 Retiva aplicable a compras 15%
	RI07 Retiva aplicable a servicios 15%
28. ESTAMPILLAS	TARIFA 1
29. OTRAS	Aplica - PC01 ProCultura 1% -PD02 Prodesarrollo 2% -PH01 ProHospitales 2% -PE18 ProElectrificacion rural del 0.3% - UC04 ProUniversidad de Cundinamarca 1.5% -AM01 Bienestar del Adulto Mayor 3%
30. OTRO	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

35. FECHA: DÍA 16 MES 03 AÑO 2026

36. REVISADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

INFORMACION TRIBUTARIA CONTRATISTA PERSONA NATURAL

Bogotá D.C., 21 de septiembre de 2026

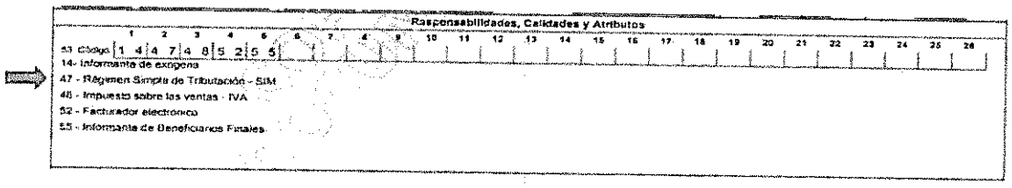
Doctora:
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Secretaria de Salud
Departamento de Cundinamarca
Bogotá D.C.

ASUNTO: Retención en la Fuente

De conformidad con el Artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 (Decreto Único Reglamentario en materia tributaria), hago constar bajo la gravedad de juramento que:

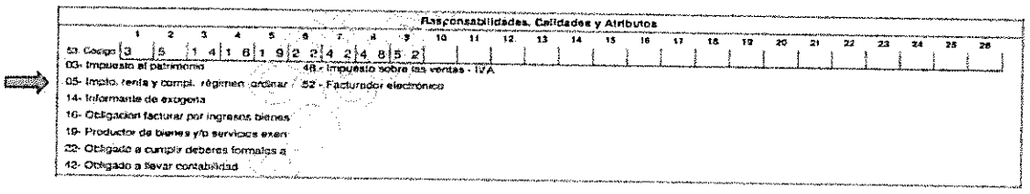
1. SI___NO_X_, me encuentro inscrito en el régimen simple de tributación. (si la respuesta es afirmativa no debe seguir diligenciando el formato)

Nota: Si su respuesta es afirmativa debe verificar que en la primera hoja de su RUT en la sección de Responsabilidades, calidades y atributos tenga registrada la responsabilidad 47 (Régimen simple de tributación - SIM) como se detalla a continuación.



2. SI_X__NO___, soy declarante de renta.

Nota: Si su respuesta es afirmativa debe verificar que, en la primera hoja de su RUT en la sección de Responsabilidades, calidades y atributos, tenga registrada la responsabilidad 05 (Impuesto sobre la renta y complementarios régimen ordinario) como se detalla a continuación.



3. SI___NO_X__, haré uso de costos y deducciones asociados a los pagos por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES. (si la respuesta es afirmativa no debe seguir diligenciando el formato)

Nota: Si su respuesta es **SI**, su factura o cuenta de cobro estará sujeta a la retención en la fuente del artículo 392 del estatuto tributario, a una tarifa del 11% o 10% por concepto de honorarios o comisiones, o del 6% o 4% por concepto de servicios, y no podrá hacer uso de las deducciones y rentas exentas, mencionadas en los numerales 4, 5, 6 y 7 del presente documento, para disminuir la base sobre la cual se practica la retención en la fuente.

Nota: Si su respuesta es **NO,** su factura o cuenta de cobro estará sujeta a la retención en la fuente de la tabla del artículo 383 del estatuto tributario y podrá hacer uso de las deducciones y rentas exentas, mencionadas en los numerales 4, 5, 6 y 7 del presente documento, para disminuir la base sobre la cual se practica la retención en la fuente, al igual que el 25% de la renta exenta mencionada en el numeral 10 del artículo 206 del estatuto tributario limitado a 790 UVT al año.

Tabla artículo 383 Estatuto Tributario, Valor UVT Año 2026: $52.324

Rango en UVT		Tarifa Marginal	Retención en la fuente
Desde	Hasta		
>0	95	0.0%	0
>95	150	19.0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 95 UVT)*19%
>150	360	28.0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 150 UVT)*28%+10 UVT
>360	640	33.0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 360 UVT)*33%+69 UVT
>640	945	35.0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 640 UVT)*35%+162 UVT
>945	2300	37.0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 945 UVT)*37%+268 UVT
>2300	En adelante	39.0%	(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 2300 UVT)*39%+770 UVT

Haré uso de los siguientes beneficios tributarios y **presento adjunto los certificados correspondientes:**

4. SI___NO_X__, pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud.
5. SI___NO_X__, pago de intereses de vivienda o Costo Financiero Leasing Habitacional.
6. SI_X_NO___, tengo personas dependientes económicamente a mi cargo que dan lugar al tratamiento tributario. (Solo se acepta un dependiente)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE			
Camacho Castellanos Juan Pablo	X				1072191086	18	HIJO

7. SI___NO_X__, aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC).

Declaro bajo la gravedad de juramento que todo lo señalado anteriormente es verdadero, conforme a los artículos 206, 383, 387, 387-1, 388, 392 y 401 del Estatuto Tributario y el Decreto 1625 de 2016 (Decreto Único Reglamentario en materia tributaria).

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS

Cedula No: 1.072.190.450 de Sibaté

No. Celular: 3136296947

Correo: catalinacamacho243@gmail.com

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.072.191.086



Apellidos
CAMACHO CASTELLANOS

Nombres
JUAN PABLO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.80

Sexo
M

Fecha de nacimiento
26 FEB 2008

G.S
A+

Lugar de nacimiento
SIBATE (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
16 MAR 2026, SIBATE

Firma

Fecha de expiración
16 MAR 2036

CO

0923242O4

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0923242048152390<<<<<<<<<<<
0802260M3603169COL1072191086<1
CAMACHO<CASTELLANOS<<JUAN<PABL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1072191086

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42383235

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Número | Consulado | Corregiduría | Inspección de Policía | Código J 7 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SIBATE COLOMBIA CUNDINAMARCA SIBATE**********

Datos del inscrito

Primer Apellido: CAMACHO********** Segundo Apellido: CASTELLANOS**********

Nombre(s): JUAN PABLO**********

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes FEB Día 26 | Sexo (en letras): MASCULINO****** | Grupo sanguíneo: A****** | Factor RH: +******

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA SIBATE**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: TESTIGOS********** | Número certificado de nacido vivo: **********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALIN**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1072190450********** | Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): SIN INFORMACION********** | Nacionalidad: **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALIN**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1072190450********** | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: RIAÑO SANCHEZ JORGE ALBEIRO**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0079182321********** | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: CASTELLANOS PARDO LIDIA LUCRECIA**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0039622419********** | Firma

Fecha de inscripción: Año 2008 Mes MAR Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza: OVIDIO LOPEZ BOGOTA

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 -

Serial 42383235

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

FECHA DE EXPEDICION 29 DIC 2022

ATTO. LOZANO JIMENEZ
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1072196450	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO		Carrera 7 No. 5a-05	3136296947	angycamacho89@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94053982	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-09	I	$0	$191.600	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	82.500	0		0		0	0	0	0	82.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	105.600	0	0	0	0	0	0		105.600	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	3.500				3.500	0	0	3.500			35	3.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	82.500	82.500
Pensión	1	105.600	105.600
Riesgos Laborales	1	3.500	3.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	191.600	191.600

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072190450	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO		Carrera 7 No. 5a-05	3136296947	angycamacho89@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ	

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
		94053982	04/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$151.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Cotizante exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMENTARIOS	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 1072190450	CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA	59	0		N	X																230201	860.000	6	185.600	0	0	0	0	EPS010	860.000	6	82.500	14-23	660.000	6	1	3.500		0	0	0	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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072190450	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO		Carrera 7 No. 5a-05	3136296947	angycamacho89@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
94053982	04/08/2026	95105135	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	N	$0	$127.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	55.000	0		0		0	0	0	0	55.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	70.400	0	0	0	0	0	0		70.400	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	2.300				2.300	0	0	2.300			23	2.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	55.000	55.000
Pensión	1	70.400	70.400
Riesgos Laborales	1	2.300	2.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	127.700	127.700

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	1072190450	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO	Carrera 7 No. 5a-05	3136296947	angycamacho89@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		CUNDINAMARCA	SIBATÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
94053982	04/08/2026	95105135	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	N	$0	$127.700	

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	Cólom. extranjer	Extranjero sin	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 1072190450	CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA	59	0			N	X															23201	1.100.000	10	176.000	0	0	0	0	EPS018	1.100.000	10	137.500	14-23	1.100.000	10	1	5.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, D.C., 21 de septiembre de 2026

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, **ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.072.190.450 de Sibaté declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaría de Salud de Cundinamarca que **SI** __X__ **NO** ____ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.

- Igualmente declaró que pagó los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA
CAMACHO CASTELLANOS
C.C. No. 1.072.190.450 expedida en Sibaté

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141244519554

(415)7707212489984(8020) 000014124451955 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 2 1 9 0 4 5 0	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 7 2 1 9 0 4 5 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMACHO	CASTELLANOS	ANGY	LIZBETH XIOMARA CATALINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Sibaté 7 4 0

41. Dirección principal: CR 7 5 A 05 BRR SAN RAFAEL

42. Correo electrónico: nicogomezasamblea1@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 6 2 9 6 9 4 7	3 1 2 5 9 1 3 7 3 7

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 2 0	2 0 2 2 0 5 1 8	7 4 9 0	2 0 2 2 1 0 3 1	6 8 1 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 61. Fecha: 2026-04-07 / 04:06:55PM

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: CAMACHO CASTELLANOS ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO DOCUMENTO OFICIAL