

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.6812456		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE USO DE LA BICICLETA CON EL FIN DE GENERAR ACTIVIDADES QUE INCENTIVEN EL USO DE MEDIOS ALTERNATIVOS DE TRANSPORTE EN EL MUNICIPIO DE CHÍA.		
Contratista:	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		
No. de Cedula	1007430301		
Fecha Inicio del Contrato	26/09/2024	Fecha de Terminación	20/12/2024
Periodo del Informe	26/10/2024 al 25/11/2024		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$9.240.000
Valor a Pagar en este periodo	\$3.080.000
Saldo por Pagar	\$3.080.000
Pago No.	2 de 3

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
Secretaria Movilidad Chía	\$ 3.080.000	26/09/2024– 20/12/2024

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	81094851	Octubre	162.500
Pensión			208.000
ARL	81216265	Octubre	6.800
Salud	81688032	Noviembre	162.500
Pensión			208.000
ARL			6.800

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6812456, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo 26/10/2024 al 25/11/2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS																																																																						
1. Apoyar en la elaboración de un (1) informe mensual que contenga: (I) El estado y condiciones de las bicicletas para prevenir el deterioro y programar el manteniendo de las mismas, (II) Las estaciones del sistema público de bicicleta, software y hardware de los equipos de cómputo que permiten el efectivo uso de dicho bienes, con el propósito de prevenir su deterioro y salvaguardar el almacenamiento de las bicicletas y (III) Los datos de usuarios a los cuales se realizará el bloqueo respectivo para los préstamos de los bienes por mal uso del sistema público de bicicletas.	1. Se informa a la supervisora del contrato del ingreso de 28 bicicletas tipo montaña que se encontraban en mantenimiento , igualmente se recibieron 20 bicicletas nuevas, 20 cascos de adulto y 20 cascos de niño que llegaron al parque temático, además se enviaron 7 bicicletas de niño a mantenimiento preventivo 2. se hace informe de caracterización de la población que hacen uso de las bicicletas de niño mensualmente. 3. En el parque temático no se cuenta con computadores todavía. 4. En el parque temático no se ha generado ningún bloqueo ya que las bicicletas son para niño y se prestan solamente dentro del parque temático.  <table><caption>Caracterización Población Atendida Octubre 2024</caption><tr><th rowspan="2">Total de personas beneficiarias</th><th rowspan="2">Ciclo de vida</th><th rowspan="2">Número de personas a por ciclo de vida</th><th colspan="2">Sexo</th><th colspan="2">Etnia</th><th colspan="2">Municipio</th><th colspan="2">Municipio</th></tr><tr><th>Hombres</th><th>Mujer</th><th>Indígena</th><th>Hispano</th><th>Indígena</th><th>Hispano</th><th>Indígena</th><th>Hispano</th></tr><tr><td rowspan="5">100</td><td>Primera infancia 0 años</td><td>35</td><td>41</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr><tr><td>Infancia 1-11 años</td><td>38</td><td>39</td><td>42</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Adolescencia 12-17 años</td><td>38</td><td>4</td><td>32</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Adultez 18-29 años</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Adultez Mayor 30 años</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Total de personas beneficiarias	Ciclo de vida	Número de personas a por ciclo de vida	Sexo		Etnia		Municipio		Municipio		Hombres	Mujer	Indígena	Hispano	Indígena	Hispano	Indígena	Hispano	100	Primera infancia 0 años	35	41	1	1	0	0	0	1	0	Infancia 1-11 años	38	39	42	0	2	1	1	0	0	Adolescencia 12-17 años	38	4	32	0	0	0	0	0	0	Adultez 18-29 años										Adultez Mayor 30 años									
Total de personas beneficiarias	Ciclo de vida				Número de personas a por ciclo de vida	Sexo		Etnia		Municipio		Municipio																																																											
		Hombres	Mujer	Indígena		Hispano	Indígena	Hispano	Indígena	Hispano																																																													
100	Primera infancia 0 años	35	41	1	1	0	0	0	1	0																																																													
	Infancia 1-11 años	38	39	42	0	2	1	1	0	0																																																													
	Adolescencia 12-17 años	38	4	32	0	0	0	0	0	0																																																													
	Adultez 18-29 años																																																																						
	Adultez Mayor 30 años																																																																						
2. Realizar la apertura y cierre de las estaciones del sistema público de bicicletas, dentro de los	Se hace apertura del parque según los horarios establecidos por la secretaria de movilidad de																																																																						

horarios dispuestos para la prestación del servicio a los usuarios de lunes a domingo.

lunes a viernes de 8 a 12:30 am y de 1:30 a 5 pm y sabados de 8 a 12:30 am



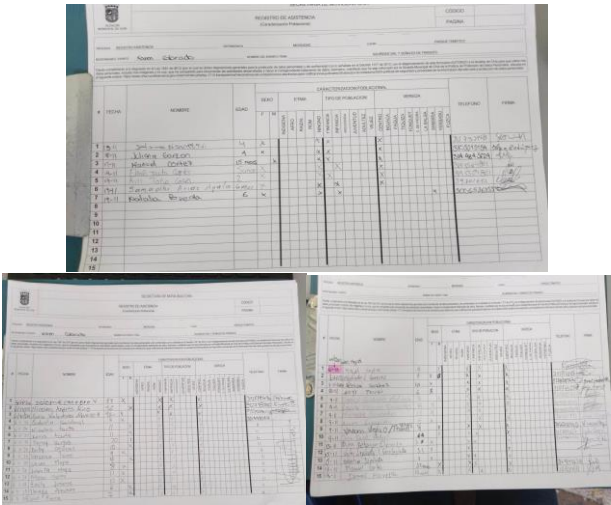
3. Realizar un informe diario al supervisor sobre los faltantes de bicicletas, cuando por omisión de los usuarios, estas no sean entregadas en los puntos y horarios de atención de cada estación.

Se informa a la supervisora por medio de WhatsApp sobre el estado de las bicicletas de niño igualmente cualquier novedad que suceda en el Parque Temático como el mantenimiento de los semáforos por parte de Andrés carne de res, y la necesidad de limpieza y mantenimiento del parque y las actividades que se programaran con los jardín infantiles



4. Actualizar y diligenciar la base de datos suministrada por la Secretaria de Movilidad, para el registro y control de bicicletas y la información suministrada por los usuarios, según las indicaciones impartidas por el supervisor del contrato.

Se hace diligenciamiento de los datos en el formato físico de cada niño que usa las bicicletas dentro del parque temático ; igualmente se realiza la caracterización poblacional del uso de las bicicletas en el parque Temático



5. Brindar apoyo en la atención a los usuarios que hacen uso del servicio público de préstamo de bicicletas, orientándolos sobre el proceso de registro, documentación requerida y las estaciones donde operará el servicio, teniendo en cuenta la normatividad vigente en materia de tránsito, movilidad y seguridad vial.

Se realiza el apoyo a los niños que ingresan al parque Temático, se les hace un recorrido enseñándole las señales de tránsito , el uso de los elementos de protección y seguridad vial cuando conducen bicicleta como por ejemplo:

- Respetar las señales de tránsitos horizontales y verticales que se encuentren en el circuito.
- El uso correcto del casco al conducir bicicleta
- No exceder la velocidad ya que puede generar un accidente o lesión a los otros niños que estén en el circuito.

	Se les enseña a montar bicicleta a los niños que no saben usarla 
--	---

Adicionalmente se adjuntan soportes (se indica si hay necesidad de anexa CD, USB, o si se entregan adjuntas)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado con anterioridad al 2024 o a través de SECOP I, se debe incluir en manuscrito la firma del contratista

NOMBRE DEL CONTRATISTA
(firma)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado a partir del 2024, se debe incluir únicamente el siguiente texto:

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007430301	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		CRA 9 calle 24	3204351785	ka.elicoradob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	24/10/2024	81094851	\$370.500
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	370.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007430301	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		CRA 9 calle 24	3204351785	ka.elicoradob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	24/10/2024	81094851	\$370.500

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES						
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1007430301	COLORADO BARAJAS KAREN ELIZABETH	3	0	N																				EPS017	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007430301	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		CRA 9 calle 24	3204351785	ka.elicoloradob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
81094851	24/10/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
2024-10	2024-10	N	25/10/2024	81216265	0
					TOTAL A PAGAR
					\$6.800

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					

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

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	6.800	6.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007430301	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		CRA 9 calle 24	3204351785	ka.elicoloradob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
81094851	24/10/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	N	25/10/2024	81216265	\$6.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1007430301	COLORADO BARAJAS KAREN ELIZABETH	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007430301	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		CRA 9 calle 24	3204351785	ka.elicoradob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	12/11/2024	81688032	TOTAL A PAGAR
					\$377.300

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1007430301	KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS		CRA 9 calle 24	3204351785	ka.elicoradob@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	12/11/2024	81688032	\$377.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007430301	COLORADO BARAJAS KAREN ELIZABETH	57	0		N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Certificado Bancario

Jueves, 29 de agosto de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que KAREN ELIZABETH COLORADO BARAJAS identificado(a) con CC 1007430301, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	33564592850	2024/02/29	CXC PENDIENTES

***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.

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 01 Inscripción				4. Número de formulario 141123608521			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 10074303013				6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
						14. Buzón electrónico 32	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1007430301		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Cundinamarca		30. Ciudad/Municipio Chía		175	
31. Primer apellido COLORADO		32. Segundo apellido BARAJAS		33. Primer nombre KAREN		34. Otros nombres ELIZABETH	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Chía		175	
41. Dirección principal CR 9 CL 24 SECTOR LOS COLORADOS VEREDA BOJACA							
42. Correo electrónico ka.elicoloradob@gmail.com							
43. Código postal 250001				44. Teléfono 1 3204351785			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8211	47. Fecha inicio actividad 20240909	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 X NO				60. No. de Folios: 2		61. Fecha 2024 - 09 - 09 / 11 : 45: 50	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre JIMENEZ CARDONA JOHN DELI			
				985. Cargo Gestor IV			

CERTIFICACION PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y
REGLAMENTARIA

Yo, Karen Elizabeth Colorado Barajas identificado con cédula de ciudadanía No. 1.007.430.301, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos a la parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 26 del mes de NOVIEMBRE de la vigencia 2024.

FIRMA: Elizabeth C.

Carrera 11 N° 11-29
PBX: 884 4444 Ext. 2010
secretariadehacienda@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co



NUIP 1.072.678.440

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61135801
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código J 9 H
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHIA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	COLORADO

Nombre MARCO ESTIVEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163335224

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos COLORADO BARAJAS KAREN ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.430.301	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos HERNANDEZ NISPERUZA DARINEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.002.298.624	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos HERNANDEZ NISPERUZA DARINEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.002.298.624	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ABR Día 16	JORGE ENRIQUE CAMAREZ HERNANDEZ
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

16.ABR.2021 NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES CIRCULAR 055 DE MAYO 2020
RNEC. TOMO 2 FOLIO 131.

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -