

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN.

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.6907001		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO DE ACCIONES QUE PERMITAN LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD.		
Contratista:	NESLLY GLORIA JOHANNA ARGUELLO MORENO		
No. de Cedula	35.197.515		
Fecha Inicio del Contrato	17 de octubre 2024	Fecha de Terminación	20 de diciembre 2024
Periodo del Informe	17 NOVIEMBRE – 20 DICIEMBRE		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$14.400.000
Valor a Pagar en este periodo	\$5.440.000
Saldo por Pagar	\$4.160.000
Pago No.	2

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
	N/A	

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	4582633200	NOVIEMBRE	\$240.000
Pensión			\$308.300
ARL			\$10.200
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	4582633812	DICIEMBRE	\$204.800
Pensión			\$160.000
ARL			\$6.700

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6907001, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **OCTUBRE-NOVIEMBRE**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Apoyar a la Dirección de Acción Social con la medición de la calidad en la prestación de los servicios que se brindan a los usuarios y/o cuidadores del	Se apoya eficazmente a la Dirección de Acción Social en la medición de la calidad de los servicios del programa de discapacidad, asegurando una

programa de discapacidad.	evaluación exacta. Mi enfoque estuvo dirigido a detectar áreas de mejora y a ofrecer recomendaciones claras que contribuyan a la optimización de la atención a los usuarios, mejorando la calidad del servicio y la satisfacción de los beneficiarios.
2. Apoyar la ejecución del proceso formativo con destino al desarrollo y/o fortalecimiento de habilidades y capacidades sociales de las personas con discapacidad y sus cuidadores.	• Se lleva a cabo un proceso formativo integral que busca desarrollar y fortalecer las habilidades sociales de las personas con discapacidad y sus cuidadores. A través de una planificación cuidadosa y un seguimiento detallado, aseguré que los contenidos y actividades fueran pertinentes, accesibles y alineados con las necesidades, promoviendo un ambiente inclusivo para el aprendizaje. Este enfoque favoreció el aumento de la autonomía de los participantes, mejoró sus interacciones sociales y tuvo un impacto positivo en su calidad de vida y en su integración comunitaria.
3. Adelantar los procesos de caracterización desde la perspectiva social y familiar de la población con discapacidad.	• Se ha avanzado con eficacia en los procesos de caracterización de la población con discapacidad, tomando en cuenta de forma exhaustiva las perspectivas sociales y familiares.
4. Realizar proceso de charlas de sensibilización en las diferentes modalidades de atención del programa, apoyando los procesos de atención integral a la población beneficiaria del programa de discapacidad.	• Se lleva a cabo un proceso efectivo y comprometido de charlas de sensibilización, adaptando los contenidos a las diferentes modalidades de atención del programa de discapacidad. Mi enfoque estuvo dirigido a promover la comprensión, el respeto y la inclusión de las personas con discapacidad, asegurando que los participantes comprendieran su papel esencial en los procesos de atención integral, contribuyendo así al fortalecimiento de una cultura inclusiva y a la mejora de la calidad en la atención brindada.
5. Adelantar acciones relacionadas con la verificación de la calidad en la prestación de los servicios que se	• Se han llevado a cabo de manera eficaz y responsable las acciones necesarias para

prestan en el programa de discapacidad.	verificar la calidad en la prestación de los servicios del programa de discapacidad. Este proceso permitió asegurar la calidad de los servicios, promoviendo la satisfacción de los beneficiarios y mejorando el impacto del programa.
6. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo Social en la organización, ejecución, seguimiento y acompañamiento de actividades como eventos, encuentros, asambleas, y/o agendas según se requiera a fin de dar impulso al programa de discapacidad del municipio de Chía.	Se brinda un apoyo efectivo a la Secretaría de Desarrollo Social en la organización, dentro del programa de discapacidad, con especial énfasis en la documentación de la salida a Villa de Leyva y cumpliera con las expectativas de los participantes. Este proceso contribuyó significativamente a la visibilidad del programa de discapacidad en la comunidad, promoviendo la inclusión y aumentando la conciencia social.
7. Asistir a las reuniones, comités y/o jornadas, capacitaciones o talleres que le sean asignados desde la Secretaría de Desarrollo Social relacionados con población con discapacidad.	He asistido y participado activamente en todas las reuniones, comités, jornadas, capacitaciones y talleres establecidos por la Secretaría de Desarrollo Social, enfocados en la población con discapacidad.
8. Realizar apoyo en el seguimiento detallado a los casos que demanden atención prioritaria de los beneficiarios del programa de población en condición de discapacidad.	Se ofreció apoyo en el seguimiento detallado de los casos que requirieron atención prioritaria de los beneficiarios del programa dirigido a la población en situación de discapacidad.
9. Proyectar respuesta a los diferentes requerimientos y derechos de petición que le sean asignados por el supervisor del contrato y que se deriven del objeto contractual.	No fue posible llevar a cabo esta actividad, ya que no se me asignaron casos correspondientes para su atención.
10. Todas las demás actividades que se asignen en desarrollo de su objeto contractual previa asignación de la supervisión.	- Apoyo y colaboración en la celebración del Día Blanco, dedicado a la discapacidad. - Se tramitó la documentación necesaria para la realización de la actividad del paseo del programa de adulto mayor a villadeleyva. - Participé en la jornada convocada por la Secretaría de Desarrollo Social, conocida como Trueque, que contó con la presencia de las gestoras sociales de la Sabana y se

	dedicó al programa de discapacidad. • Participé y apoyé al programa de habitante de calle aportando de manera positiva a las iniciativas que buscan mejorar su calidad de vida.
--	--

Obligación 1



Obligación 2





Obligación 3

 MINISTERIO DE SALUD ALICIA GARCÍA DE LERDO SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN EN RIESGOS Y SEGURIDAD		COPIA	QUALITY-IT
	INFORME DE VULNERACIÓN PSICOLÓGICA		FORMA	FORMA

DATOS DEL INTERVIEWADO				
NOMBRE Y APELLIDOS	JUAN CARLOS GARCÍA DE LERDO			
EDAD	35 años			
OCUPACIÓN	INGENIERO DE SISTEMAS			
ESTADO CIVIL	CASADO			
TELÉFONO	011-555-1234			
FECHA	15/05/2024			
UBICACIÓN	CALLE 123, CDMX			

TIPO DE SITUACIÓN				
TIPO	ALTERNATIVA	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES	FECHA
1. ALTERNATIVA	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. ALTERNATIVA	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. ALTERNATIVA	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. ALTERNATIVA	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA

OPINIONES Y RECOMENDACIONES				
OPINIÓN	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES	FECHA	FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA

DATOS DEL INTERVIEWADOR				
NOMBRE Y APELLIDOS	JUAN CARLOS GARCÍA DE LERDO			
EDAD	35 años			
OCUPACIÓN	INGENIERO DE SISTEMAS			
ESTADO CIVIL	CASADO			
TELÉFONO	011-555-1234			
FECHA	15/05/2024			
UBICACIÓN	CALLE 123, CDMX			

OPINIONES DE LA ENTREVISTA				
OPINIÓN	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES	FECHA	FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA

OPINIONES DE LA ENTREVISTA				
OPINIÓN	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES	FECHA	FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA
1. OPINIÓN	2. RECOMENDACIÓN	3. OBSERVACIONES	4. FECHA	5. FECHA

Obligación 4





Obligación 5



Obligación 7



Obligación 8



Obligación 10



Neslly Gloria Johanna Arguello Moreno

Neslly Gloria Johanna Arguello Moreno

C.C 35.197.515 De Chía

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					35197515				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					CHIA					DEPARTAMENTO:					NESLLY GLORIA JOHANNA ARGUELLO MORENO				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 11 NO 16 27					TELÉFONO:					CUNDINAMARCA				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					88888888				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2024/12/10				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 307.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 307.200	\$ 1.100	\$ 308.300
SUBTOTALES:										\$ 307.200	\$ 1.100	\$ 308.300

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 240.000	\$ 0	\$ 800	\$ 0	\$ 240.000	\$ 800	\$ 0	\$ 240.800	
SUBTOTALES:													\$ 240.000	\$ 800	\$ 0	\$ 240.800	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.100	\$ 10.100	\$ 100	\$ 0	\$ 10.200
SUBTOTALES:									\$ 10.100	\$ 100	\$ 0	\$ 10.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				IAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN
1	CC 35197515	ARGUELLO MORENO NESILY GLORIA JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.920.000			NO																	230301-PORVENIR	30	\$ 1.920.000	\$ 307.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 307.200	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.920.000	\$ 240.000	\$ 0	\$ 240.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.920.000	\$ 35197515	\$ 10.100	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA															
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		35197515				NÚMERO PLANILLA:		4582633812		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES									
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		CHIA		DEPARTAMENTO:		NESLLY GLORIA JOHANNA ARGUELLO MORENO				PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		diciembre AÑO		2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		diciembre AÑO		2024	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 11 NO 16 27		TELÉFONO:		88888888				DÍAS DE MORA:		0		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4121062001					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE				FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4121062001									
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Otras actividades de servicios personales n.c.p.				FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4121062001									
TIPO EMPRESA:		ÚNICO		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Otras actividades de servicios personales n.c.p.				FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4121062001									
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Otras actividades de servicios personales n.c.p.				FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4121062001									
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Otras actividades de servicios personales n.c.p.				FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4121062001									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 204.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 204.800	\$ 0	\$ 204.800
SUBTOTALES:										\$ 204.800	\$ 0	\$ 204.800

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000		
SUBTOTALES:													\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 6.700	\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 6.700	
SUBTOTALES:									\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 6.700	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO
1	CC 35197515	ARGUELLO MORENO NESLLY GLORIA JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.920.000				NO		20																230301-PORVENIR	20	\$ 1.280.000	\$ 204.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			Normal	\$ 204.800	EPS008-COMPENSAR	20	\$ 1.280.000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 160.000	14-11 - ARL SURA	20	\$ 1.280.000	\$ 35197515	\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 371.500

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

Yo, NESLLY GLORIA JOHANNA ARGUELLO MORENO identificado con cédula de ciudadanía No. 35.197.515 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:

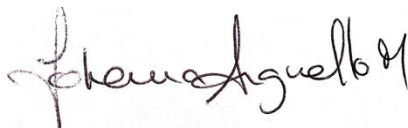
☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

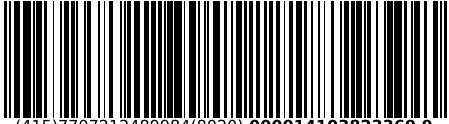
☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 16 días del mes de noviembre de la vigencia 2024.



FIRMA:

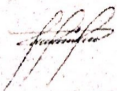


DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141038233699			
				 (415)7707212489984(8020) 000014103823369 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 5 1 9 7 5 1 5		6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 3 5 1 9 7 5 1 5			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio Chía 1 7 5			
31. Primer apellido ARGUELLO		32. Segundo apellido MORENO		33. Primer nombre NESLLY		34. Otros nombres GLORIA JOHANNA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Chía 1 7 5			
41. Dirección principal CR 11 16 27							
42. Correo electrónico johannaarg2008@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 2 3 3 9 3 2 9 0 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 2 2 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 0 5 0 3	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 4 9							
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			
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 DIMATE MORALES YEISON ERASMO 985. Cargo Analista I			

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NESLLY GLORIA JOHANNA ARGUELLO MORENO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 35.197.515 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 264630179, abierta/o desde el 19/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 5 del mes de Abril del año 2024 con destino a: .



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS



El servicio de liquidación SOI certifica que NESLLY GLORIA JOHANNA, identificado con documento CÉDULA DE CIUDADANÍA 35197515, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35197515	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NESLLY GLORIA JOHANNA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	
DIRECCIÓN:	CRA 11 NO 16 27	TELÉFONO:	8888888	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO			

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS				
PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
DICIEMBRE 2024-DICIEMBRE 2024	4582633812	2024/12/10	I-INDEPENDIENTES	\$ 371.500
NOVIEMBRE 2024-NOVIEMBRE 2024	4582633200	2024/12/10	I-INDEPENDIENTES	\$ 559.300
OCTUBRE 2024-OCTUBRE 2024	4580055706	2024/11/25	I-INDEPENDIENTES	\$ 263.600