Barranquilla, 26 de mayo de 2021

CUENTA DE COBRO N° 001

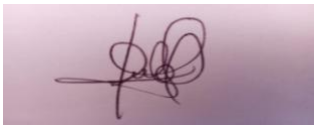
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
NIT 899.999.067-2
CARRERA 69 No. 44-35

DEBE A:

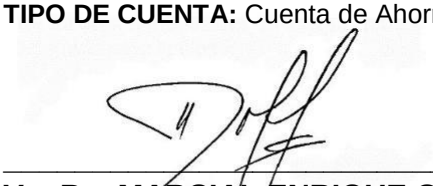
JULIO CESAR MENDOZA MACHADO
C.C 72.005.939

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios prestar los servicios de apoyo a la gestión en la consolidación de información, elaboración de informes, manejo de sistemas y aplicativos; así como en el manejo y trámite de correspondencia, documentación y archivo y demás actividades que se requieran en la gerencia departamental del atlántico de la contraloría general de la república, para el periodo comprendido entre el 13 de Abril al 12 de Mayo 2021.Contrato 291 del 2021.

TOTAL A PAGAR: $3.600.000



JULIO CESAR MENDOZA MACHADO
DIRECCION: CARRERA 27 # 74-110
TELEFONO: 3045378904
CORREO ELECTRONICO: abbaministra@gmail.com
NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA: SCOTIABANK COLPATRIA
NÚMERO DE CUENTA: 8742037039
TIPO DE CUENTA: Cuenta de Ahorros



_____

Vo. Bo. MARCIAL ENRIQUE CANO ACUÑA
GERENTE DEPARTAMENTAL ATLANTICO
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

NÚMERO DE CONTRATO	CGR-291 del 13 de abril de 2021
CONTRATISTA	Julio Cesar Mendoza Machado
IDENTIFICACIÓN	72.005.939
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN, ELABORACIÓN DE INFORMES, MANEJO DE SISTEMAS Y APLICATIVOS; ASÍ COMO EN ELMANEJOYTRÁMITEDECORRESPONDENCIA, DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN EN LA GERENCIA DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
PLAZO DE EJECUCIÓN	30 de septiembre 2021
FECHA DE INICIO	13 de abril 2021
VALOR DEL CONTRATO	$ 20.760.000
INFORME DE SUPERVISIÓN No.	primero (1)

NOVENO INFORME DE ACTIVIDADES

El suscrito **JULIO CESAR MENDOZA MACHADO,** en calidad de contratista del contrato No. CGR-291 del 13 de abril del 2021 suscrito con la Contraloría General de la República; describe a continuación las actividades realizadas conforme a las obligaciones objeto del contrato para el periodo del 13 de Abril 2021 al 12 de mayo del 2021, así:

No.	OBLIGACIONES EJECUTADAS	DESCRIPCIÓN
1	Brindar apoyo para organizar y asistir a las actividades necesarias que demande el Supervisor del contrato.	Asistí a las oficinas de la dependencia, por directriz del supervisor.
2	Brindar apoyo en la clasificación, radicación, asignación, entrega, trámite y seguimiento de la información y/o correspondencia generada en la Gerencia Departamental.	N/A
3	Brindar apoyo en la organización del archivo, con el fin de contribuir con el manejo de la gestión documental de la Gerencia Departamental.	Me capacité referente a la organización documental, según normas y lineamientos establecidos de la entidad.
4	Brindar apoyo en el uso y manejo de los aplicativos y nuevas tecnologías, al igual que en la consolidación de información y documentación a cargo de la Gerencia Departamental	En uso de las tecnologías realicé la solicitud de la apertura de mi correo electrónico institucional.
5	Brindar apoyo en la atención de las solicitudes en forma personalizada, telefónica y/o virtual	acaté cada una de las solicitudes y necesidades de forma telefónica, personalizadas y virtual. Estableciendo una comunicación de doble vía.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

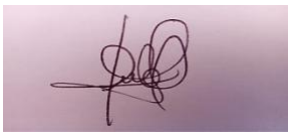
INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

No.	OBLIGACIONES EJECUTADAS	DESCRIPCIÓN
	que sean allegadas a la Gerencia Departamental.	
6	Brindar apoyo en las demás actividades de la Gerencia Departamental, requeridas por el supervisor	Estuve presto a la sugerencia, apoyo y/o requerimiento de la dependencia.

CERTIFICO EL PAGO CORRESPONDIENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Nombre EPS, AFP Y ARL	Periodo de pago	Valor
EPS SANITAS	**ABRIL DE 2021**	$ 68.200
PROTECCION	**ABRIL DE 2021**	$ 87.300
COLMENA SEGUROS	**ABRIL DE 2021**	$ 2.900

Cordialmente,



JULIO CESAR MENDOZA MACHADO

C.C 72.005.939

V o. Bo MARCIAL ENRIQUE CANO

GERENTE REGIONAL ATLANTICO
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72005939		MENDOZA MACHADO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27 74 110	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3520882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	50398442	9419604434	I	2021/05/11	2021/05/26	BANCO DE OCCIDENTE	14	$158,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$545,116	$87,300			$545,116	$68,200			$0	$0			$545,116	$2,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$545,116	$87,300			$545,116	$68,200			$0	$0			$545,116	$2,900		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$545,116	$87,300			$545,116	$68,200			$0	$0			$545,116	$2,900		$0	$0
1	CC	72005939	MENDOZA JULIO	230201	18	$545,116	$87,300	EPS005	18	$545,116	$68,200		0	$0	$0	14-25	18	$545,116	$2,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$545,116	$87,300			$545,116	$68,200			$0	$0			$545,116	$2,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72005939		MENDOZA MACHADO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27 74 110	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3520882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	50398442	9419604434	I	2021/05/11	2021/05/26	BANCO DE OCCIDENTE	14	$158,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,300	$0	$0	$87,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$87,300	$0	$0	$87,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,900	$0	$0	$2,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$2,900	$0	$0	$2,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$68,200	$0	$0	$68,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$68,200	$0	$0	$68,200
TOTAL				1	$158,400	$0	$0	$158,400

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72005939		MENDOZA MACHADO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27 74 110	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3520882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	26715576	9420486212	N	2021/05/11	2021/05/31	BANCO DE OCCIDENTE	20	$92,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$318,884	$51,000			$318,884	$39,800			$0	$0			$318,884	$1,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$318,884	$51,000			$318,884	$39,800			$0	$0			$318,884	$1,700		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$318,884	$51,000			$318,884	$39,800			$0	$0			$318,884	$1,700		$0	$0
1	CC	72005939	MENDOZA JULIO	230201	18	($545,116)	($87,300)	EPS005	18	($545,116)	($68,200)		0	$0	$0	14-25	18	($545,116)	($2,900)	0	$0	$0
2	CC	72005939	MENDOZA JULIO	230201	18	$864,000	$138,300	EPS005	18	$864,000	$108,000		0	$0	$0	14-25	18	$864,000	$4,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$318,884	$51,000			$318,884	$39,800			$0	$0			$318,884	$1,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72005939		MENDOZA MACHADO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27 74 110	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3520882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	26715576	9420486212	N	2021/05/11	2021/05/31	BANCO DE OCCIDENTE	20	$92,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,000	$0	$0	$51,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$51,000	$0	$0	$51,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700	$0	$0	$1,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$1,700	$0	$0	$1,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,800	$0	$0	$39,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$39,800	$0	$0	$39,800
TOTAL				1	$92,500	$0	$0	$92,500

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2021

Yo, JULIO CESAR MENDOZA MACHADO **Contrato N°** CGR-291- 2021

Identificado (a):	NIT: ☐	C.C: ☑	C.E: ☐	Número:	72.005.939	D.V.

Celular: 3045378904
Dirección: CRA. 27 # 74 - 100
Correo Electrónico abbaministra@gmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2020** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$49´849.800** de pesos, *SI* ☐ *NO* ☑ soy **DECLARANTE DE RENTA**

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a los establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3º. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4º. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica.	*SI* ☑	*NO* ☐
Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	*SI* ☐	*NO* ☑
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación	*SI* ☐	*NO* ☑

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 9419604434 - 9420486212 **MES COTIZACION** ABRIL **FECHA DE PAGO** 31/05/2021

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	E.P.S:	A.F.P	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	EPS SANITAS	PROTECCION	COLMENA
VALOR SIN INTERESES*	$ 108.000	$ 138.300	$ 4.600

a) Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato.	*SI* ☐	*NO* ☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción por Dependientes*** a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	*SI* ☐	*NO* ☑
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T., solicito ***deducción por intereses de vivienda*** (pagados en el año inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	*SI* ☐	*NO* ☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud*** (pagados vigencia inmediatamente anterior) de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	*SI* ☐	*NO* ☑

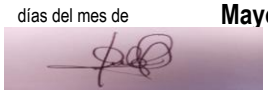
3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	NIT	Entidad Bancaria	No. De Cuenta	Valor
Pension voluntaria				
AFC				

SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD

Se firma a los **31** días del mes de **Mayo** del año **2021**



Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2021

Nombres y Apellidos: **JULIO CESAR MENDOZA MACHADO** Contrato No. : **CGR-291- 2021**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	Número:	72005939	D.V.	

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :	☐	No :	☑
1.2 Crédito Compartido	Si :	☐	No :	☑

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ y valor que le corresponde _____

2. Información por pagos de salud

2.1 Certificación Adjunta	Si :	☐	No :	☑

3. Información de Dependientes

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☐

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

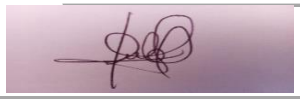
3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.4. El cónyuge o compañero, padres y/o hermanos permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, ☐

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Articulo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 31 del mes de MAYO del año 2021



Firma

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

GERENTE DEPARTAMENTAL DEL ATLANTICO

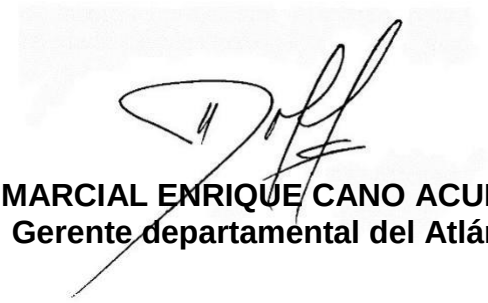
CERTIFICA

Que en mi calidad de supervisor del contrato No. CGR-291 del 13 de abril de 2021, suscrito con el contratista **JULIO CESAR MENDOZA MACHADO,** identificado con cedula de ciudadanía No. 72.005.939 de Barranquilla, cumplió a entera satisfacción con el objeto del contrato, durante el periodo de 13 abril a 12 de mayo de 2021.

Que el contratista presentó la planilla de aportes al sistema de seguridad social.

Lo anterior teniendo en cuenta el primer informe de labores presentado por el contratista.

Se expide en Barranquilla, a los veintiséis (26) días del mes de mayo del año dos mil veintiuno (2021).



MARCIAL ENRIQUE CANO ACUÑA
Gerente departamental del Atlántico

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | GERENCIA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
ACTA DE APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA

CONTRATO No.	**291 DE 2021**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**09 de abril de 2021**
OBJETO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN, ELABORACIÓN DE INFORMES, MANEJO DE SISTEMAS Y APLICATIVOS; ASÍ COMO EN EL MANEJO Y TRÁMITE DE CORRESPONDENCIA, DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN EN LA GERENCIA DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.**
CONTRATISTA	**JULIO CÉSAR MENDOZA MACHADO**
COMPAÑÍA DE SEGUROS	**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
POLIZA CUMPLIMIENTO	**85-46-101024663**

TIPO DE AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA					
		FECHA INICIAL			FECHA FINAL		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CUMPLIMIENTO	$ 2,076,000	9	abril	2021	31	marzo	2022
CALIDAD DEL SERVICIO	$ 2,076,000	9	abril	2021	31	marzo	2022

Se aprueba la presente garantía única, en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 dias de abril de 2021.

Proyectó: Ingrith Marcela Herrera Rojas

Aprobó: **MARIO HERNAN CEBALLOS MEJÍA**
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

811110

Contraloria General de la Republica :: SGD 13-04-2021 10:15
Al Contestar Cite Este No.: 2021EE0054729 Fol:1 Anex:0 FA:0
ORIGEN 811110-DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN / MARIO HERNAN CEBALLOS MEJIA
DESTINO JULIO CESAR MENDOZA MACHADO
ASUNTO COMUNICACIÓN INICIO CONTRATO CGR-291-2021 JULIO CESAR MENDOZA MACHADO
OBS

Bogotá, D.C. **2021EE0054729**

Señor (a)
JULIO CÉSAR MENDOZA MACHADO
abbaministra@gmail.com
3045378904

ASUNTO: COMUNICACIÓN INICIACIÓN CONTRATO No. 291 de 2021

Cordial saludo,

Comunico a usted que la Dirección de Contratación de la entidad, el día 12 de abril de 2021 impartió aprobación a la póliza de seguro de Cumplimiento para Entidades Estatales No**.** 85-46-101024663 expedida el día 09 de abril de 2021, por la compañía de Seguros "SEGUROS DEL ESTADO S.A." y que la Dirección Financiera de la Entidad ha efectuado el Registro Presupuestal del Contrato del asunto.

Conforme al Contrato No. 291 de 2021, el término de ejecución será hasta el 30 de septiembre de 2021. Se precisa que el término de ejecución inicia el día 13 de abril de 2021.

Por lo anterior, le solicito ponerse en contacto con quien fuere designado como supervisor del contrato, señalado en el numeral 7 del documento "ANEXO GENERALIDADES DEL CONTRATO".

Cordialmente,

MARIO HERNÁN CEBALLOS MEJÍA
Director de Contratación

Elaboró: Ingrith Marcela Herrera Rojas- Abogada Contratista

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 72005939
NOMBRES Y APELLIDOS	Mendoza Machada,Julio Cesar
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Murillo Viloria,Fanny Johanna, a los 21 días del mes de mayo del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Scotiabank COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 8742037039 , con fecha de apertura 11 de Marzo de 2021 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): JULIO CESAR MENDOZA MACHADO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 72.005.939

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Marzo de 2021 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14565803309

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 2 0 0 5 9 3 9 — 6. DV 5

12. Dirección seccional: Impuestos de Barranquilla 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 2 0 0 5 9 3 9	1 9 9 7 0 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	MACHADO	JULIO	CESAR

35. Razón social:

36. Nombre comercial

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0

41. Dirección principal: CR 27 74 110 BRR OLAYA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
mendozajulio_79@hotmail.com		3 1 0 5 0 2 8 8 6 7	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Otras actividades: Código 1	2	Ocupación: 51. Código	52. Número establecimientos
4 5 2 0	2 0 1 6 1 2 0 2	7 0 2 0	2 0 1 6 1 2 0 2			4 1 2 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
53. Código:	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 renovació

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 0 1

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 03-09-2019 10:13:2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by TapScanner

Scanned by CamScanner