Montería, 10 de mayo 2021

CUENTA DE COBRO 002

LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

NIT 899.999.067

Debe a:

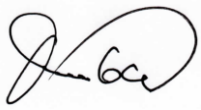
ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO
C.C No. 9’077.734 de Cartagena

LA SUMA SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6’500.000.oo)

Por concepto de Honorarios Profesionales, en el desarrollo del objeto contractual del Contrato 0194 de 2021, comprendido al período del 8 de abril al 7 de mayo de 2021.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros del Banco FALABELLA S.A. Número 116080194282 a nombre de ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO

Cordialmente,



ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO
C.C No. 9’077.734 de Cartagena
Celular 315-724-7632

LA GERENTE DE LA GERENCIA DEPARTAMENTAL COLEGIADA DE CORDOBA DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

CERTIFICA:

En calidad de supervisor(a) del contrato de prestación de servicio N° **194- 2021**, que el doctor **ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO,** identificado con la cedula de ciudadanía 9'077.734 de Cartagena, ha cumplido a entera satisfacción con el objeto del contrato "**Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la Gestión Fiscal a cargo de la Contraloría General de la República en la Gerencia Departamental Colegiada Córdoba".** Durante el periodo 8 de abril al 7 de mayo de 2021.

Lo anterior, teniendo en cuenta el informe parcial de actividades presentado por el contratista.

Se anexa planillas de pago de salud, pensiones y riesgos laborales correspondientes al mes de abril 2021 N° **9419190421**

La siguiente certificación se expide a los diez (10) días del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021).

CLYLA RAMOS ROMERO
Gerente Departamental Colegiada de Córdoba

REGALÍAS	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN E INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y/O ENTIDAD EJECUTORA	CONTRALORÍA

Dependencia:	UNIDAD DE SEGUIMIENTO Y AUDITORÍA	Pago No:	2	Total de pagos:	7	Fecha:	10/05/2021

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre / Razón Social	ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO				
Identificación	9.077.734				
Contrato No.	0194 -2021 - contrato	Celular	3157247632	Extensión	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato No.	0194-2021		Periodo a pagar:	DEL 8-04-2021 AL 7-05-2021
Fecha de suscripción:	8/03/2021	Certificado Presupuestal No 56721 del 02 de marzo de 2021	Fecha de iniciación:	8/03/2021
Fecha de terminación:	30/09/2021		Plazo de Ejecución:	08-03-2021 AL 30-09-2021

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Honorarios

Valor Inicial: $ 44.633.334
Contrato No. 0194-2021

Valor Total: $ 44.633.334

Control de pagos realizados por Honorarios:

Pago y/o desembolso No. 1	Pago y/o desembolso No. 2	Pago y/o desembolso No. 3	Pago y/o desembolso No. 4	Pago y/o desembolso No. 5	Pago y/o desembolso No. 6
$ 6.500.000	$ 6.500.000				

Pago y/o desembolso No. 7	Pago y/o desembolso No. 8	Pago y/o desembolso No. 9	Pago y/o desembolso No. 10	

Gastos de Desplazamiento*

Valor Inicial: $ 44.633.334

Valor Total: $ 44.633.334

Saldo Gastos de Desplazamiento*:

Total pagado honorarios
Total Pagado Despla.*
Saldo pendiente a pagar: $ 31.633.334,00

Porcentaje de Ejecución: 28,60%

VALOR AUTORIZADO A PAGAR: $ 6.500.000,00

En letras: **SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL DE PESOS MONEDA CORRIENTE**

ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN

OBJETO: **"PRESTAR SERVICIO PROFESIONALES PARA EL EJERCICIO DEL CONTROL FISCAL, MEDIANTE LA REALIZACION ENTRE OTROS, DE AUDITORIAS, ACTUACIONES ESPECIALES DE FISCALIZACION, INDAGACIONES PRELIMINARES,TRAMITES DE DERECHOS DEPETICION, ACTUACIONES DE VIGILANCIA Y/O CONTROLES EXCEPCIONALES A CARGO DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO Y AUDITORIA DE REGALIAS DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA ."**

INFORME DEL CONTRATISTA y/o ENTIDAD EJECUTORA

OBLIGACIONES Y/O COMPROMISOS	ACCIONES
Prestación de servicios profesionales para apoyar la función de vigilancia de la Gestión Fiscal a cargo de la Contraloría General de la República en la Gerencia Departamental Colegiada Córdoba. *1. Acompañar y apoyar en el trámite y atención de las denuncias referidas a hechos que puedan afectar los recursos del Orden Nacional y que sean sujetos de control por parte de la CGR — Gerencia Departamental* *2. Acompañar y apoyar el proceso auditor del PGA y las actividades de auditoria sobre los sujetos de control de la CGR de los recursos del Orden Nacional.* *3. Brindar orientación y acompañamiento a las respuestas de peticiones ciudadanas, desde el área de su profesión.* *4. Colaborar en la elaboración de informes que le requiera la Contraloría General de la República, para hacer seguimiento a los recursos públicos, desde el punto de vista de su profesión.* *5. Atender los requerimientos que haga la Contraloría General de la República, para asistir a reuniones de los diferentes Grupos Internos de Trabajo, en busca de apoyar en las actuaciones de tipo fiscal, desde el área de su profesión y donde estén involucrados recursos del Orden Nacional.* *6. Colaborar con la Contraloría General de la República, en las actuaciones que se adelanten en el proceso de seguimiento a los recursos del orden nacional.* *7. Asistir a las reuniones institucionales o interinstitucionales y/o mesas de trabajo, a las cuales sea convocado en relación con el objeto contractual.* *8. Brindar apoyo y acompañamiento a las visitas técnicas asignadas por la Gerencia, en el marco de la vigilancia y control fiscal a los proyectos de inversión.* *9. Mantener la confidencialidad de la información y documentación a la que tenga acceso para la realización del objeto contractual.*	ABRIL 15 – Reunión telefonica con la supervisore CEYLA RAMOS en la cual dispone reunirme con la doctora SILVIA MORALES, contratista coordinadora del área de regalias. ABRIL 20 – Reunión virtual con la doctora SILVIA MORALES la cual organiza el grupo de trabajo que la va a apoyar en sus funciones. Abril 27- Reunión virtual con la coordinadora dra SILVIA MORALES y la contralora Delegada MARTA ALVAREZ. MAYO 3- Capacitación virtual con el grupo de auditores contratistas y las doctoras SILVIA MORALES, coordinadora, y los doctores MARTA LUCIA ALVAREZ y JORGE GALLEGO. MAYO 5- Capacitación virtual con el grupo de auditoria de Córdoba y las doctoras SILVIA MORALES GARCES, MILEIDI CORPUS GREY y MARTA LUCIA ALVAREZ.

FIRMA CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)*:

Observaciones del Supervisor a los trabajos ejecutados:

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato y/o convenio anotado, manifiesto que el contratista y/o Entidad Ejecutora cumplió a satisfacción y dentro de los términos señalados en el contrato y/o convenio con todas las obligaciones y/o compromisos establecidos.

Igualmente certifico que el contratista y/o Entidad Ejecutora, dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social integral (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y demás normas que regulen la materia), que cumplió con el pago de los aportes a seguridad social integral y parafiscales, así como los aportes propios al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar (cuando corresponda).

Por lo anterior autorizo el pago y/o desembolso señalado en el presente formato, que deberá ser consignado en la cuenta de AHORROS Número 116080194282 del BANCO FARABELLA S.A.

Anexos:	
Planilla Pago Seguridad Social (Persona Natural)	X
Certificación Pago Seguridad Social (Persona Jurídica)	
Original Factura	
Entrada de Almacen	
Producto(s)	

ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO
CONTRATISTA

NOMBRE SUPERVISOR: CEYLA RAMOS ROMANO - Gerente Opital Colegiada de Córdoba

NOMBRE SUPERVISOR: _____

Nota: *Solo aplica para contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8
PTR - A0002

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **116080194282** con fecha de apertura **2018-06-27** de titularidad del (la) señor(a) **Ismael Alirio Valverde Ayazo** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **9077734**, a la fecha presenta un saldo total disponible de **$ 5.376.730,00** y su estado es **ACTIVA**.

Se expide a los Veintiseis (26) días del mes de octubre de 2020, a solicitud del consumidor financiero.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLA S.A

NUC - 38582968F1F7

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2021

Yo, ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO — Contrato N° 194-2021

Identificado (a):	NIT:		C.C:	☒	C.E:		Número:	9.077.734	D.V.	

Celular: 3157247632
Dirección: Calle 64 No. 3-170 Apto. 302 Ed. San Lucas
Correo Electrónico: isval51@hotmail.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° 9419190421 MES COTIZACION Abril FECHA DE PAGO 27/04/2021

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	E.P.S:	A.F.P	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	Salud Total	Colpensiones	Colmena
VALOR SIN INTERESES*	$ 325.000	$ 416.000	$ 13.600

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 10 días del mes de Mayo del año 2021

Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2021

Nombres y Apellidos: **ISMAEL ALIRIO VALVERDE AYAZO** Contrato No. : **194-2021**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	Número:	9077734	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 10 del mes de Mayo del año 2021

Firma

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9077734		VALVERDE AYAZO ISMAEL ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 64 3 170 AP 302	MONTERIA-CORDOBA	2707711	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	969361597	9419190421	I	2021/05/10	2021/04/27	BANCO FALABELLA	0	$754,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdc	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	irp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							**$2,600,000**	**$416,000**			**$2,600,000**	**$325,000**			**$0**	**$0**			**$2,600,000**	**$13,600**			**$0**	**$0**		**$754,600**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600			$0	$0		$754,600
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																							$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600			$0	$0		$754,600
1	CC	9077734	VALVERDE ISMAEL																		25-14	30	$2,600,000	$416,000	EPS002	30	$2,600,000	$325,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,600,000	$13,600	0	$0	$0	No	$754,600
Total	**Afiliados(1)**																						$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$13,600			$0	$0		$754,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9077734		VALVERDE AYAZO ISMAEL ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 64 3 170 AP 302	MONTERIA-CORDOBA	2707711	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	969361597	9419190421	I	2021/05/10	2021/04/27	BANCO FALABELLA	0	$754,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,000	$0	$0	$416,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$416,000	$0	$0	$416,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,000	$0	$0	$325,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$325,000	$0	$0	$325,000
TOTAL				**1**	**$754,600**	**$0**	**$0**	**$754,600**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-44-101015158	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	03	2021	03	03	2021	00:00	30	03	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
VALVERDE AYAZO, ISMAEL ALIRIO	CC: 9.077.734

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE14 NO 17-96	SINCELEJO, SUCRE	3157247632

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	NIT: 899.999.067-2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CR 69 NRO. 44 - 35	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	5187000

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFIANZADO, REFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAALES PARA APOYAR LA FUNCION DE VIGILANCIA DE GESTION FISCAL A CARG DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA EN LA GERENCIA DEPARTAMENTAL COLEIADA CORDOBA. CONTRATo No 194-2021

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/03/2021	30/03/2022	$4,463,333.40
CALIDAD DEL SERVICIO	03/03/2021	30/03/2022	$4,463,333.40

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******40,000.00	$ *******8,000.00	$ *******9,120.00	$ **********57,120.00	$ ********8,926,666.80	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
VELEZ ASESORES EN SEGUROS Y CIA LTD	153988	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO.2 - 17 - TELEFONO: 7813230 - MONTERIA

53-44-101015158

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 14187125122

(415)7707212489984(8020) 000001418712512 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 7 7 7 3 4 -	1	Impuestos y Aduanas de Montería	1 2

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	9 0 7 7 7 3 4 -	1 9 7 3 0 4 0 6

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALVERDE	AYAZO	ISMAEL	ALIRIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal
CL 64 3 170 AP 302 ED SAN LUCAS

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		7 8 5 2 9 0 1	3 1 5 7 2 4 7 6 3 2

CLASIFICACION

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 1 0	1 9 7 5 1 0 2 0					2 4 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	5																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 1 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 24-11-2014 10:31:43AM