[redacted]

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

[redacted]

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1073604709						
CORREO ELECTRONICO:	jiar_3020@hotmail.com				CELULAR:	3508119386						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALU SUROCCIDENTE							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION DE URGENCIAS-REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				SEDE:	TINTAL						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	
	N126	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488414090065								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4433-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2	
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/1/202	NÚMERO DE CRP	14747	FECHA	31/01/202	
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Atención Primaria de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALU OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	
		1	3	2021		31	3	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.258.207							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES:

Se realiza un total de 14 turnos en la móvil 5053. Valor hora 8.388

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.522.032
VALOR EJECUTADO	$1.560.168
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.258.207
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honor inferiores a **$2.194.508** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APOR
48723004	$908.526	$114.350	$144.650	4	$0	**$259.00**

Dado en Bogotá. D.C., en el mes de marzo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmen

PIOQUINTO ALEMAN SALDAÑA
Líder Operativo CREAT

JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		**Sede**								
No. DE CONTRATO:	4433-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**			
			1	3	21		31	3			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCON		**C. C.**	1.073.604.709			**DE**	PA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CONDUCTOR dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTEE.S.E. - , de acuerdo a las necesidades de la Institución

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI____ NO____ Servicios: SI___ NO____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGAD
1) Prestar servicios como conductor de ambulancias	100%	Actividades propias de su operación	Cuidar la movil asiganda tanto mecánico, electrico, interno y e
2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas co	100%	Realización de mantenimeinto preventivo y correctivo	Generar reporte de móvil (Apo administrativo)
3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de factur	100%	Diligenciamiento de control de movil semanal y mensual	Entregar formatos de control d semanal y mensual a la oficia l primeros 5 dias de cada mes (Certificación del lider de la amb
4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como	100%	Diligenciamiento de control de la movil, entregas de turno, seguimiento a SOAT, control de gases	Entregar formatos a la oficina (Certificación del lider de la amb Actas en caso de no cumplimie
5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxil	100%	Trabajo en equipo	Actitud de trabajo en equipo (a caso de dificultades que se pre
6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los ve	100%	Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución	Reportes en la matriz de segur (seguimiento a comparendos, tránisto)
7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso	100%	Notificar dificultades en el desarrollo de las actividades	Actas, novedades en caso de s requerido
8) Responder por los elementos entregados para el desen	100%	Velar por la completitud, por el cuidado, por el buen uso de elementos entregados para el desarrollo de las actividades	Control de insumos generados apoyo administrativo, Auditoria Habilitación a la móvil , noveda reportadas por el taller en relac uso de la movil
9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, re	100%	Asisitir a capacitaciónes, lectura de documentos definidos para aportar a el cumplimiento de las actividades	Actas de asistencia y demas sc que se requieran para soportar definido
10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos esta	100%	Adherecia a los procedimientos del proceso, protocolos, progrmas, guias, manuales, politicas Insitucionales	Reportes de seguridad, reporte novedades, evaluaciones de adhernecia a procesos de man aleatoria
11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con l	100%	Diligenciamiento de registros como control de vehiculos, entrega de turno, registros solicitados entre otros	Registros definidos en cada ca verificación de entrega de turn Control de lavados de móvil , certificación por lider de móvi, s instancia por lider y apoyo del p
12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistem	100%	Realizar pago y entregar soportes a la oficina cada mes	Soporte de pago
13) Realizar las demás actividades que le sean asignadas	100%	Demas actividades que le sean asigandos de acuerdo a su perfil	Soportes de lo asigando
Generales	100%		
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa o indirectamente del objeto contractual.	100%	Propias de las actividades del servidor Público	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento interno, Código o Directriz interna de la ESE que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	100%	Propias de las actividades del servidor Público	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	100%	Propias de las actividades del servidor Público	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred y apoyar estos procesos con la información y//o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	100%	Adherirse al proceso de acreditacion	Documentos que evidencien la del Desarrollo del plan de mejoramiento

Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hibiere lugar. En los casos en los que aplique EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la ESE y con ocasión del desarrollo de sus actividades.	**100%**	NA	NA
Obrar con lealtar y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Insittucional y/o Profesional.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del pesente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o falsedad en la misma será causa de terminación del contrato.	**100%**	Pago oprtuno de aporte al sistema de seguridad social	Presentaciòn de la planilla de p cada mes
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales instructivos , protocoños, procesos y procedimientos institucionales.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravio, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los óganos externos, supervisor de contrato y/o directrices internas.	**100%**	Documentos generados de cumplir plan de mejora	Diferentes documentos
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas, dentro de los términos de ley, garantizandi la veracidad , oportubnidad y confidencialidad de los mismos.	**100%**	Respuestas de peticiones, informes y solicitudes de acuerdo a lo requerido por parte del proceso	Respuestas de peticiones, infor solicitudes de acuerdo a lo req por parte del proceso
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales. Inducción y/o reinducción programadas por EL CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	**100%**	Asisistir a capacitaciones, reuniones y demas actividades donde se convoque la participacion de los contratistas	Actas de asistencia, evaluacior demás que permitan evidencia asistencia
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenta en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la ESE que comprometa el buen nombre de la SubredIntegrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE ode cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud será motivo de terminación del contrato.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Una vez termina el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de plaz y salvo por todo concepto con la Entidad el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro so pena de no certificar el último servicio recibido.	**100%**	Radicar al lider del proceso oficio de terminaciòn , diligenciar el formato de paz y salvo con la entidad, entrega de carnet	En caso definido por cualquiera partes

Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición así como los recursos de agua y energia y contribuir con el reciclaje.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Público, Adherirse al manual PIGA	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratata e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato	**100%**	Adherirse a los manuales de Emergencia insitucionales y demas establecidas	Se levanta acta en caso de no cumplimiento

OBSERVACIONES:

Se realiza un total de 14 turnos en la móvil 5053. 2 días descuentos. Valor hora 8.388

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	$ 1.258.207	UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SIETE P MTE

JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCON **1.073.604.709**	**PIOQUINTO ALEMAN SALDAÑA**
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Firma de recibido supervisor Fecha 3/20 3/2021

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 3/2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900959048-4

DEBE A:

JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCÓN

C.C. 1073604709 DE PACHO

La suma de **UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS MTE (1.258.207)** por concepto de desarrollo de actividades como conductor el área de referencia y contra referencia durante el periodo de 1/3/2021 al 31/3/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4433/2021

JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCÓN

C.C. 1073604709 DE PACHO

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 0550488414090065

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073604709	JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCON		CALLE 74 A # 78 10	3508119386	jiar_3020@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	18/03/2021	48723004	$259.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
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	259.000	259.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073604709	JEISSON IGNACIO ACOSTA RINCON		CALLE 74 A # 78 10	3508119386	jiar_3020@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	18/03/2021	48723004	$259.000	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
1073604709	ACOSTA RINCON JEISSON IGNACIO	3	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600		0		0		0	0	0	0	0	0	0

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

Bogotá DC 18 de Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO ✓ cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
Paula Camila Acosta	1019911631 R.C.	hija	5 AÑOS	Kinder	Colegio minuto de Dios cll 80.

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO X
5. SI _____ NO X mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO X mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $ 0
8. Solicito SI _____ NO X realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI ✓ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO X

Atentamente

NOMBRE Jeisson Ignacio Acosta R.
C.C 1073604709.
UNIDAD Kennedy

FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14676294980

(415)7707212489984(8020) 000001467629498 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 7 3 6 0 4 7 0 9 — 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 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	1 0 7 3 6 0 4 7 0 9	2 0 1 0 1 1 1 6

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Pacho 5 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACOSTA	RINCON	JEISSON	IGNACIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: — 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 74 A 78 10 AP 203

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jiar_3020@hotmail.com		3 5 0 8 1 1 9 3 8 6	

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:
8 6 9 2	2 0 1 9 0 8 2 3						

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:	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2 0 1 9 1 2 2 7

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: ACOSTA RINCON JEISSON IGNACIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE