	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	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1136885449							
CORREO ELECTRONICO:	hmarenit@gmail.com				CELULAR:	3223609039							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Gestion Administrativa y/o Asitencial PIC				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570455470036134								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÙMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5769-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		10	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$ 3.627.684									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.627.684
VALOR EJECUTADO	$3.627.684
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.539.378
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.088.306
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 honorarios inferiores a **$2.271.315**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9419701325-9419731815	$1.451.074	$181.400	$232.200	3	$35.400	**$449.000**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA MILENA MANCERA GONZÁLEZ
SUPERVISOR

HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA
CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	9	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-03-FO-0093	

...ón del Servicio:	Gestion Administrativa y/o Asistencial PIC				Sede: FONTIBON				
...E CONTRATO:	5760-2021	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			10	5	2 021		31	5	2 021
...OMBRE DEL CONTRATISTA:	HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA		C. C.		1.136.885.449		DE		BOGOTA D C

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __x__ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI	Se realiza entrega semanales en documentos digitales de usuarios a los cuales se les realizo seguimiento o contacto telefonico por parte del componente con sus respectivas novedades	Archivo magnetico
2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o segun necesidad	SI	se procede a la verificacion y con ayudas de aplicativos que maneja el componente a realziar el diligenciamiento de cuestionario o de informacion solicitada por la plataforma para continuar con la investigación que realiza el componente o el area encargada	Archivo magnetico e historial de seguimientos
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	Se procede a seguir las rutas a instrucciones que tiene el componete para el manejo de novedades cuando no se encuentra una linea de telefonica o un dato de contacto con el paciente, de igual forma se maneja los canales de prevencion y manejo que maneja la sub red de servicios SUR OCCIDENTE	Archivos magenticos y evidencias de localizacion de usuarios
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado	SI	Se asiste a reuniones de seguimiento con el lider de proyecto y demas compañeros para analizar la meta propuesta por la institucion y las estrategias para cumplirlas	Actas de asistencias de las reuniones
5. Apoyar en las asesorias y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad	SI	Se asiste a las reuniones propuesta por el lider como son inducciones de manejo de plataformas y de aplicativos	Actas de asistencias de las reuniones
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	SI	Se verifica con las base de datos que maneja el componete con relacion a los seguimientos realizado por el profesional donde se concuerda los casos asigandos con los acsos a los que se realizo seguimiento o cantaco	Acta de entrega de actividades y archivos magneticos
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	SI	Se expresa las dudas y sugerencia que tiene el profesional con respecto a las actividades que se realiza en el componente para discvutirla con el lider encargado para generar una estrategia y un espacio de discusion del caso	Acta de reuniones y de actividades
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad	SI	El profesional entrega los casos abordados y realiza con la informacion recogida las respectivas seguimientos y relatorias solicitada en los aplicativos y en los espacios de seguimiento asigandos por el componente	Archivos magenticos y Acta de actividades
9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.	NO	No se realiza esta actividadad por tiempo de contigencia que se esta viviendo en la actualidad	No se realiza esta actividad
10. Participar en pre auditoría y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda	SI	Tener siempre a dispocision del componente las activiades y relatorias realizadas por el profesional y al dia con todos los seguimientos asigandos para la revision y verificación por parte del componete	Archivos magenticos y Acta de actividades
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	SI	Dar respuesta al lider o a la persona que solicite la información con respecto a los seguimientos y a las llamadas asiganda al profesional y a las actividades que este debe realizar en el componente cuando se le solicite	Archivos magenticos y Acta de actividades
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	SI	Se apoya en las diferentes platformas que maneja la institucion y las fechas de entrega que plantea el componente para generar productos de calidad para el apoyo y aporte de la investigación a trabajar	Archivos magenticos y Acta de actividades
13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.	SI	Se maneja y se plantea los documentos siguiendo las directices planteadas la Secretaria Distrital de Salud y la Institucion siguiendo cada una de las instrucciones postulada por el lider del proyecto	Archivos magenticos y Acta de actividades
14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna según programación	SI	Se sigue y maneja los diferentes protocios que maneja la Sub Red y la Secretaria de salud con respectos al manejo de las diferentes emergencias que puede ocurrir en el componente	Actas de actividades y manejos de diferentes protocios y archivos que maneja la institución
15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	Se entrega los documentos y las actividades realizadas en el componente según las intrucciones y dispocisiones de este para su revisión	Archivos magenticos y Acta de actividades
16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	Se entrega la informacion y actividades realizadas en el componente cuando este lo solicite siguiendo los lineamientos planteados por la institución .	Se entrega Backup de forma magentica
17. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	SI	Se realizas las actividades y segumientos a usuarios siguiendo siempre los lineamintos a nivel distrital plantados por la Secretaria de Salud y por la institucion siguiendo siempre las medidas y protocios de seguridad y las estretgias de prevencion de pacientes COVID-19 y sus contactos estrechos en este periodo de pandemia	Se maneja estrategias prevencion como es : el contacto telefonico con pacientes poitivos y dudosod para manejar estrategias de contencion de familiares para disminuri el contagio

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES QUINIENTOSTREINTA Y NUEVE MIL TRECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS ($ 2.539.378)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA C.C. 1.136.885.449

Fecha : Mayo-2021 Firma de recibido supervisor:

SANDRA MILENA MANCERA GONZÁLEZ

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

Escaneado con CamScanner

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 1136885449		MARENTES ACOSTA HECTOR ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 104a#20-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7582536	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	9211302273071428	9419701325	0	2021/06/11	2021/05/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$238,300

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)					$770,000	$123,200			$770,000	$96,300			$0	$0			$770,000	$18,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$770,000	$123,200			$770,000	$96,300			$0	$0			$770,000	$18,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$770,000	$123,200			$770,000	$96,300			$0	$0			$770,000	$18,800		$0	$0
1	CC	1136885449 MARENTES HECTOR	231001	21	$770,000	$123,200	EPS017	21	$770,000	$96,300		0	$0	$0	14-11	21	$770,000	$18,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$770,000	$123,200			$770,000	$96,300			$0	$0			$770,000	$18,800		$0	$0

Escaneado con CamScanner

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 1136885449		MARENTES ACOSTA HECTOR ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 104a#20-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7582536	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	9211312274234367	941973815	N	2021/06/11	2021/05/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$210,700

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)						$681,074	$109,000			$681,074	$85,100			$0	$0			$681,074	$16,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$681,074	$109,000			$681,074	$85,100			$0	$0			$681,074	$16,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$681,074	$109,000			$681,074	$85,100			$0	$0			$681,074	$16,600		$0	$0
1	CC	1136885449	MARENTES HECTOR	231001	21	($770,000)	($123,200)	EPS017	21	($770,000)	($96,300)		0	$0	$0	14-11	21	($770,000)	($18,800)	0	$0	$0
2	CC	1136885449	MARENTES HECTOR	231001	21	$1,451,074	$232,200	EPS017	21	$1,451,074	$181,400		0	$0	$0	14-11	21	$1,451,074	$35,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$681,074	$109,000			$681,074	$85,100			$0	$0			$681,074	$16,600		$0	$0

2021/05/11 12:47 PM

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA

C.C 1.136.885.449 DE BOGOTA D.C

La suma de $ 2.539.378 (Dos Millones Quinientos Treinta y Nueve mil Trecientos setenta y ocho pesos), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como PSICOLOGO en la Dirección de Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante el periodo de 10 al 31 de MAYO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5769-2021.

HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA

C.C 1.136.885.449 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA.

NUMERO 0570455470036134

Escaneado con CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA identificado(a) con CC 1136885449 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**25/03/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 10 días del mes de mayo del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Escaneado con CamScanner

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA identificado(a) con C.C No. 1.136.885.449, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de mayo del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 10 de mayo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1136885449 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 04/03/2021 **Fecha fin cobertura:** 31/03/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C11368854492113053495

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 10/05/2021 2.51 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 186.86.33.119, 198.143.41.6, 172.16.42.57

Escaneado con CamScanner

Formulario del Registro Único Tributario

001

Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14575976698

(415)7707212489984(8020) 000001457597669 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 0 0 0 8 5 5 3 8 | 6. DV: 4

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida | 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | 1 3

26. Número de Identificación: 1 1 3 6 8 8 5 4 4 9

27. Fecha expedición: 2 0 1 1 0 6 2 3

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. | 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. | 0 0 1

31. Primer apellido: MARENTES

32. Segundo apellido: ACOSTA

33. Primer nombre: HECTOR

34. Otros nombres: ANTONIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA | 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. | 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. | 0 0 1

41. Dirección principal: CR 104 A 20 33 AP 508

42. Correo electrónico: hama3005@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 7 5 8 2 5 3 6

45. Teléfono 2: 3 1 6 4 9 8 5 2 0 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Otras actividades	Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria				
46. Código: 7 4 9 0	48. Código:	49. Fecha inicio actividad	50. Código: 1 2	51. Código:	52. Número establecimientos:
47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 0 0 8 0 2					

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: 2019 - 06 - 02

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: 18-03-2021 05:45:37PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner