FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION: Día 2 | Mes 5 | Año 2022

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JESUS ENRIQUE PACHON MORALES				
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.233.501.801	DE	BOGOTA		
TELEFONO DE CONTACTO	323-2383493	FIJO	3232383493	EXT.	
E-MAIL PERSONAL	jepm0101@gmail.com				
E-MAIL INSTITUCIONAL					
BANCO	BANCOLOMBIA	No DE CUENTA	91221861715	C.A.	X
				C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 938 DE Año 2022

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 16.602.300,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 1.844.700,00

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA SUS SERVICIOS COMO ASISTENCIAL PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA SNR, QUE REQUIERAN LAS OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS. ORIP BOGOTÁ NORTE.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-19

CDP No.	57222	CRP No.	128522
FECHA CDP	04/01/2022	FECHA CRP	21/01/2022

FECHA APROBACION POLIZA: Día 21 | Mes 01 | Año 2022

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTA
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 23 | Mes 10 | Año 2022

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 24 | Mes 01 | Año 2022

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 9 | DIAS

ADICION Y/O PRORROGA

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año | MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.844.700,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.844.700,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	04	2022	PAGO No.	No DÍAS		ABRIL
AL	30	04	2022	04	30	100%	ABRIL

Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm
Carta 21.59 cm x 27.94 cm
tamaño a 79%
FORMATO PARA AJUSTAR IMPRESION

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO 60 Años	El futuro es de todos — Gobierno de Colombia	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
		Versión: 04
		Fecha: 09 / 01 / 2019

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	125.000	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	160.000	PORVENIR	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	5.300	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 290.300	PLANILLA DE PAGO No.	57744429

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 16.602.300,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 430.430,00	$ 430.430,00	$ 16.171.870,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 2.275.130,00	$ 14.327.170,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 4.119.830,00	$ 12.482.470,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 1.844.700,00	$ 5.964.530,00	$ 10.637.770,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	DEL	01	04	2022	PAGO No.	ABRIL
	AL	30	04	2022	04	ABRIL

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Realizar seguimiento diario sobre las orientaciones para el proceso de limpieza y desinfección de los espacios de uso público y lugares de trabajo, de acuerdo al lugar de ejecución, impartidas por la Dirección de Talento Humano - Grupo de Bienestar y Gestión del Conocimiento, relacionadas dentro del protocolo de bioseguridad COVID 19, así como la variante que acaba de llegar al país OMICRON .	1-, RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES DE LA ORIP Y SE REALIZO:

	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
	Versión: 04
	Fecha: 01 / 02 / 2022

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
2. Revisar que las personas al momento del ingreso a las instalaciones de la entidad tengan debidamente puesto el tapabocas, en caso de no tenerlo, negar su ingreso y llenar encuesta o realizar las preguntas que se requieran. **3**. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretenda ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol. **4**. Solicitar a la persona que ingresa a la entidad, en los casos en que haya lavamanos, que haga el debido lavado de manos con agua y jabón por mínimo 20 segundos y con la periodicidad establecida en la Resolución 392 del 25 de marzo de 2021 (mínimo cada tres horas y al finalizar la jornada laboral) o la norma que la complemente, adicione o derogue. **5**. Restringir el acceso de acompañantes de los trabajadores. **6**. Preguntar a la persona que ingresa si presenta síntomas de tos seca, problemas respiratorios o relacionados, en caso positivo, si es funcionario o contratista notificarlo inmediatamente al área de Seguridad y Salud en el Trabajo, si es usuario restringir la entrada. **7**. Instar a las personas que ingresen a las instalaciones funcionaros y contratistas a cubrir boca y nariz con el codo al toser al interior de las instalaciones. **8**. Participar en el seguimiento aleatorio diario evidenciable sobre el estado de salud del personal en trabajo en casa. **9**. Asegurar el ingreso escalonado para procurar la distancia de dos metros entre cada persona. **10**. Verificar que el respeto en la distancia de dos metros entre los usuarios que adelanten actividades en las instalaciones de la entidad; así como en los casos en que aplique, en los recintos en que se encuentran los funcionarios ejecutando su labor. **11**. Cumplir a cabalidad los protocolos de bioseguridad y reportar oportunamente los casos de incumplimiento por parte de funcionarios, contratistas o usuarios, del que tenga conocimiento. **12**. Apoyar la gestión de los mecanismos y sistemas de verificación implementados o por implementar en la SNR, para conocer el estado de salud o la información relevante para establecer los contactos y lugares en el primer momento de notificación positiva. Lo anterior, conforme a la Resolución 392 del 25 de marzo de 2021. **13**. Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes. **14**. Apoyar a la Dirección de Talento Humano en la consolidación y actualización de la base de datos de trabajadores y demás personal que preste servicios en la empresa. **15**. Transmitir a los trabajadores y contratistas la información sobre generalidades y directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con signos de alarma, lineamientos y protocolos frente al COVID 19 y la variante OMICRON. **16**. Reportar al Registrador o al Jefe de dependencia, con oportunidad y de preferencia en forma anticipada, las bajas existencias, agotamiento o inexistencia de los elementos disponibles para ejecutar las actividades relacionadas con el objeto contractual e informar a la Dirección de Talento Humano para que resuelva esta situación a la brevedad. **17**. Reportar en forma inmediata a los vigilantes cualquier novedad que se presente en la toma y aplicación de las medidas de bioseguridad que le impidan su ejecución y en alguna forma altere la tranquilidad en las instalaciones de la entidad. **18**. Transmitir a la Dirección de Talento Humano la información o inquietudes necesarias para tomar decisiones relacionadas con la aplicación del protocolo de bioseguridad COVID 19. que le haya sido asignado como cumplimiento del objeto contractual. **19**. Informar al Supervisor del contrato, cualquier situación que le impida la ejecución de la labor para la cual fue contratado. **20**. Diligenciar los formularios de seguimiento e implementación del protocolo de bioseguridad, para remitir a las dependencias que se requieran. **21**. Las demás que le sean asignadas por el supervisor, que tengan relación con el objeto contractual.	1- ENCUESTA PARA SABER SI LOS FUNCIONARIOS DE LA ORIP SE ENCONTRABAN VACUNADOS. 2- SE REALIZÓ UNA PEQUEÑA REUNIÓN PARA DAR A CONOCER EL PLAN DE VIO SEGURIDAD CON EL GRUPO DE LIMPIEZA. 3- A LAS PERSONAS QUE NO ESTÁN VACUNADAS SE LES HACE UN MONITOREO CONSTANTE DE SU ESTADO DE SALUD. 4- SE REALIZA EL PROCESO DE DESINFECCIÓN EN LA ENTRADA Y JUNTO A ESTE SE REALIZA EL CONTROL DE AFORO DENTRO DE LAS INSTALACIONES 5- SE IMPRIMIERON LOS LISTADOS DEL LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS. 6- A LOS FUNCIONARIOS SE LES RECUERDA FRECUENTEMENTE EL LAVADO DE MANOS Y LA DESINFECCIÓN DEL CELULAR. 7- TODOS LOS DÍAS SE REALIZA EL CONTROL DE ASEO DE LOS PISOS CADA 3 HORAS COMO LO DICE EL PROTOCOLO. 8- SE REALIZÓ LA ENTREGA DE TAPABOCAS, GUANTES Y GEL ANTI-BACTERIAL. 9- SE REALIZÓ EL ESCANEO DE PLANILLAS. 10- SE TOMARON EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA DESINFECCIÓN, CONTROL DE ÁREAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. 11- CONTROL CONSTANTE AL ESTADO DE SALUD DE LOS FUNCIONARIOS. 12- SE REALIZA CONTROL DIARIO DE ESTADO DE SALUD DE LOS, FUNCIONARIOS Y SE HACE EL RECORDATORIO SOBRE BIOSEGURIDAD. TAMBIÉN EL RECORDATORIO DE DESINFECCIÓN DE MANOS Y CELULARES, CON EL APOYO DEL GRUPO DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO SE REALIZA, EL CONTROL DE AFORO DISTANCIAMIENTO Y USO ADECUADO DEL TAPABOCAS Y TODOS LOS DÍAS SE REALIZA LA FIRMA DEL CONTROL DE DESINFECCIÓN DE BAÑOS OFICINAS Y COMEDOR CADA 3 HORAS 12.TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE LA OFICINA COMO LÍDER DE BIOSEGURIDAD ESTOY AYUDANDO A HACER TERAPIAS OCUPACIONALES QUE AYUDEN A DISMINUIR EL RIESGO DEL TÚNEL DEL CARPO.

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **JESUS ENRIQUE PACHON MORALES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.233.501.801** de **BOGOTA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **938** de **2022** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **128522** CDP No **57222**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.844.700,00**

Valor en letras: **UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	04	2022		ABRIL
	AL	30	04	2022	04	ABRIL

Para constancia se firma en **BOGOTA** a los **2** días del mes de **MAYO** de **2022**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JOSE DOLORES VARON VELASQUEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-19

CONTRATISTA

Firma Contratista
JESUS ENRIQUE PACHON MORALES
Cedula de Ciudadania No
1.233.501.801 **DE** BOGOTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233501801	Jesus Enrique Pachon MORALES	cra 89a #45a 33sur	4451259	jepm0101@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-03	2022-03	I	26/04/2022	57744429	TOTAL A PAGAR	
					$290.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	1

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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	290.300	290.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233501801	Jesus Enrique Pachon MORALES	cra 89a #45a 33sur	4451259	jepm0101@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-03	2022-03	I	26/04/2022	57744429	TOTAL A PAGAR	
					$290.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	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
CC	1233501801	Pachon MORALES Jesus Enrique	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS005	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	1	5.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2022

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Artículo 340. *Ingresos de las rentas no laborales.*** "Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, serán ingresos de la cédula de rentas no laborales. En este caso, ningún ingreso por honorario podrá ser incluido en la cédula de rentas de trabajo", me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI___ NO_x__
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2021 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO_x___.
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO_x___
4. Dependiente Económico: SI___ NO_x___ (parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3), cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___ NO_x__,
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO_x__, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
7. Crédito de Vivienda SI___ NO x___, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda.

En constancia de lo anterior, se firma a los _01__días del mes de _Mayo___ de 2022.

Atentamente,

NOMBRE Jesús Enrique Pachón Morales

CC. 1233501807

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14814695097

(415)7707212489984(8020) 000001481469509 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 3 3 5 0 1 8 0 1	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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	1233501801	2016 11 21

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PACHON	MORALES	JESUS	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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: CR 89 A 45 A 33 SUR

42. Correo electrónico: jepm0101@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 2 3 2 3 8 3 4 9 3 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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 2 9 9	2 0 1 9 0 1 2 3					5 1 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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: 2022 - 02 - 25 / 09 : 56: 54

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: PACHON MORALES JESUS ENRIQUE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-02-2022 09:57:49AM

Documento de identidad sin validez