FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARCILLO	GOMEZ	LILIAN JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C ● C.E PAS No. 1.125.410.534	F ● M ○	COL. ● EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 28 MES 06 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NARIÑO

MUNICIPIO ILES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIO VILLACOLOMBIA

PAÍS COLOMBIA DEPARTAMENTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA TELÉFONO 3147513564

E-MAIL johamar2806@gmail.com

2. ESTUDIOS REALIZADOS

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO JULIO DE 2006

MES 07 AÑO 2006

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		TECNICO EN SISTEMAS	DIC	2008	
TC	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	JUN	2012	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3. EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD ACTUAL	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
PUTUMAYO	VILLAGARZON	esehvilla2004@yahoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4284585	DÍA 01 MES 01 AÑO 2016	DÍA 31 MES 03 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CR 4 N 1-35 B/ JUAN PABLO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
PUTUMAYO	VILLAGARZON	esehvilla2004@yahoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4284585	DÍA 01 MES 04 AÑO 2015	DÍA 30 MES 06 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CR 4 N 1-35 B/ JUAN PABLO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3. EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	VILLAGARZON	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 7509841	DÍA 13 MES 03 AÑO 2014	DÍA 31 MES 07 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CR 3 N 7-14 B/ OBRERO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	PUERTO CAICEDO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4274600	DÍA 25 MES 05 AÑO 2011	DÍA 31 MES 05 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DELEGADA DEL REGISTRADOR	ADMINISTRATIVO	CR 4 N 5-05 B/ EL CARMEN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	PUERTO CAICEDO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4274600	DÍA 16 MES 05 AÑO 2011	DÍA 22 MES 05 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DELEGADA DEL REGISTRADOR	ADMINISTRATIVO	CR 4 N 5-05 B/ EL CARMEN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
PUTUMAYO	PUERTO CAICEDO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4274600	DÍA 24 MES 05 AÑO 2010	DÍA 03 MES 06 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DELEGADA DEL REGISTRADOR	ADMINISTRATIVO	CR 4 N 5-05 B/ EL CARMEN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

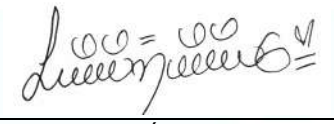
4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	8

5. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE NO **X** ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95)



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6. OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.125.410.534

MARCILLO GOMEZ

APELLIDOS

LILIAN JOHANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1991

ILES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-2009 PUERTO CAICEDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

NO CE DERECHO

A-6402600-00405091-F-1125410534-20121012 0031411910A 1 25634882

INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

ECSALUD

MOCOA – PUTUMAYO

ACTA DE CERTIFICACION N° 24

La Directora y Secretaria de la Escuela Colombiana de Ciencias en Salud ECSALUD, aprobada según Acuerdo No. 000135 emanado de la Comisión Insectorial del Ministerio de Protección Social y Resolución No. 4605 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo.

CERTIFICAN

Que el día veintiocho (28) de Mayo del año 2012, siendo las 8:00 am, se reunió el Consejo de Dirección de ECSALUD para otorgar el CERTIFICADO de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
TECNICO LABORAL
AUXILIAR EN ENFERMERIA
A:

MARCILLO GOMEZ LILIAN JOHANA

C.C. 1.125.410.534 de Puerto Caicedo (P).

Quien terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año. Este certificado se otorga en atención a que el (la) estudiante cursó y aprobó en ECSALUD, el Programa Auxiliar en Enfermería de acuerdo con las normas emanadas por el Ministerio de Protección Social.

Presidio la reunión la Dra. OMAIRA GRIJALBA CAMACHO.

Dada en Mocoa a los trece (13) días del mes de Junio del año 2012.

DIRECTORA GENERAL

DIRECCION GENERAL

SECRETARIA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

ECSALUD

Con la autorización oficial según Res. No. 4605 del día 23 del mes NOVIEMBRE del año 2011
de la Secretaría de Educación DEPARTAMENTAL del Departamento del PUTUMAYO
y Acuerdo Ejecutivo No. 000135 del Ministerio de la Protección Social.

Certifica Que

LILIAN JOHANA MARCILLO GOMEZ

C.C. 1.125.410.534 PTO. CAICEDO / PUTUMAYO

Cursó y Aprobó el Programa de Estudio y le confiere el Certificado de:

Aptitud Ocupacional Por Competencias
Técnico Laboral

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Realizado en la ciudad de MOCOA con una intensidad horaria total de 1800 Horas.
Dado en MOCOA a los 13 días del mes JUNIO del año 2012

OMAIRA GRIJALBA CAMACHO
DIRECTORA GENERAL

EDITH MERA URRESTE
DIRECTORA ACADEMICA

Acta de Grado No. 024 Fecha 28/05/2012 Libro de Registro 001 Folio No. 0039-0040

EL SUSCRITO ADMINISTRADOR Y JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA

E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL

C E R T I F I C A Q U E :

LILIAN JOHANA MARCILLO GOMEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.125.410.534 Puerto Caicedo (Putumayo), suscribió los siguientes Contratos de Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA con la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel:

No. Contrato	Objeto	Plazo	Fecha de Inicio	Fecha de terminación
16-0021	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Enero/2016	29/Febrero /2016
16-0179	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	4 Meses	01/Marzo/2016	30/Junio/2016
16-0460	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Julio/2016	31/Agosto /2016
16-0563	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Septiembre /2016	31/Octubre /2016
16-0665	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Noviembre /2016	31/Diciembre /2016
17-0018	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	1 Mes	01/Enero/2017	31/Enero /2017
17-0089	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Febrero /2017	31/Marzo/2017
17-0124	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Abril/2017	31/Mayo/2017
17-0241	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	1 Mes	01/Junio/2017	30/Junio/2017

17-0270	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Julio/2017	31/Agosto /2017
17-0355	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Septiembre /2017	31/Octubre /2017
17-0469	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Noviembre /2017	31/Diciembre /2017
18-0007	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	1 Mes	01/Enero/2018	31/Enero/2018
18-0089	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	1 Mes	01/Febrero /2018	28/Febrero /2018
18-0116	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Marzo/2018	30/Abril/2018
18-0208	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Mayo/2018	30/Junio/2018
18-0289	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Julio/2018	31/Agosto /2018
18-0389	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Septiembre /2018	31/Octubre /2018
18-0491	Prestación de servicios para la ejecución de labores auxiliares de enfermería en las áreas funcionales de Urgencias y Consulta Externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E.	2 Meses	01/Noviembre /2018	31/Diciembre /2018
19-0012	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería para la E.S.E. Hospital san Gabriel arcángel	2 Meses	01/Enero/2019	28/Febrero /2019
19-0114	Prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería para la E.S.E. Hospital san Gabriel arcángel	1 Mes	01/Marzo/2019	31/Marzo/2019

Este certificado se expide en Villagarzón, a solicitud del interesado el día 30 de Abril de 2019.

San Gabriel Arcangel
Hospital Villagarzón Putumayo
Nit. 846001620 - 0
ADMINISTRADOR

LUIS EDICSON MANCILLA ARIAS
Administrador

San Jose Putumayo SAS	SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS NIT. 900.423.816-3 "Trabajamos por su salud"

EL SUSCRITO ADMINISTRADOR DE SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS

HACE CONSTAR:

Que, **LILIAN JOHANA MARCILLO GOMEZ**, identificado con cedula de ciudadanía **No. 1.125.410.534 DE PUERTO CAICEDO PTYO**, laboro en SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS desde el día 13 de Marzo 2014 hasta el 31 de Julio de 2014 por medio de contrato de prestación de servicios, como Auxiliar de enfermería y Atención al usuario (**SIAU**)

Tiempo en el que ha demostrado responsabilidad y cumplimiento en el ejercicio de sus funciones y manejo de buenas relaciones internas.

La anterior se expide a solicitud del interesado.

Para su constancia se firma en el Municipio de Villagarzón Putumayo a los diecisiete (17) días del mes de Agosto del año 2014.

BAYRON FERNANDO CHAVES ARTEAGA
ADMINISTRADOR
San José IPS Putumayo SAS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14679886470

(415)7707212489984(8020) 000001467988647 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 5 4 1 0 5 3 4	5	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1125410534	2009 12 09

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Puerto Caicedo 5 6 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARCILLO	GOMEZ	LILIAN	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal
AV COLOMBIA

42. Correo electrónico johamar2806@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 7 5 1 3 5 6 4	

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 6 9 9	2 0 1 4 0 5 2 6	8 2 1 1	2 0 1 4 0 5 2 6					

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										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2020 - 01 - 23

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 MARCILLO GOMEZ LILIAN JOHANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-12-2020 01:29:11PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO