MEMORANDO

Radicado No: 20225140000041963



Para: LUZ ANGELA ALVARADO YEPEZ
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: Solicitud Pago Contrato No. 52001772022

Fecha: 2022-06-15

Cordial saludo,

Por medio del presente remito documentación requerida para que se realice el trámite del primer pago correspondiente al contrato No. 52001772022, por valor de Dos millones cuatrocientos noventa y siete mil seiscientos sesenta pesos M/Cte., ($2.497.660,oo) de conformidad a la cuenta de cobro aportada por la contratista.

Cordialmente,

JOSE ANTONIO PERUGACHE ESCOBAR
Coordinador Administrativo

Anexo: Certificación de pagos diferentes a honorarios y viáticos, cuenta de cobro, Planilla y pago seguridad social.

Proyectó: Karen Alejandra Armero B. Abogada Contratista Grupo Administrativo

9 folios

121

Yo, **JOSE ANTONIO PERUGACHE ESCOBAR**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	CLAUDIA FERNANDA PAY PEREZ						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Cédula	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	59821157				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	NUMERO DOCUMENTO FUENTE	52001772022	FECHA SUSCRIPCIÓN	6 (día)	mayo (mes)	2022 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 9 (día) mayo (mes) 2022 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2022 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	15 (día) junio (mes) 2022 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A	Vigencia	PAGO No. 1	DE 4
VALOR A PAGAR	$ 2.497.660,00	EN LETRA:	Dos millones cuatrocientos noventa y siete mil seiscientos sesenta pesos M/Cte
PERIODO DE PAGO	DESDE 9 (día) mayo (mes) 2022 (año)	HASTA	31 (día) mayo (mes) 2022 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
Soporte gestion presupuestal del proyecto - de tipo administrativo	183522	27	C-4199-1500-8-0-4199064-02	201		$ 2.497.660,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	AV VILLAS	NUMERO DE CUENTA	205765089	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

La presente certificacion se soporta en la cuenta de cobro y sus anexos presentados por la contratista por el valor de $2,497,660 M/Cte y se anexa planilla de pago de seguridad social No. 9435921460 de aportes en línea con fecha de pago 10 de junio de 2022.

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	A	EN LETRAS		
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -		CUOTA NÚMERO		DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	2.497.660,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	2.497.660,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR.	$	2.497.660,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
JOSE ANTONIO PERUGACHE ESCOBAR	COORDINADOR GRUPO ADMINISTRATIVO	GRUPO ADMINISTRATIVO		
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ELIANA MARISOL YEPEZ JIMENEZ	GRUPO ADMINISTRATIVO		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES			
NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

SUMINISTROS PAY

NIT 59821157-5

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT 899.999.239

DEBEN A:

CLAUDIA FERNANDA PAY PEREZ

NIT 59821157-5

REGIMEN SIMPLIFICADO

LA SUMA DE: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTO SESENTA PESOS M/CTE. ($ 2.497.660).

POR CONCEPTO DE: 22.706 FOTOCOPIAS SUMINISTRADAS A LA SEDE REGIONAL Y CENTROS ZONALES, RELACIONADAS DE LA SIGUIENTE MANERA, DURANTE EL PERIODO DEL MES DE MAYO DE 2022.

DEPENDENCIA / CENTRO ZONAL	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
REGIONAL	3.656	110	402.160
PASTO UNO Y CAIVAS	12.700	110	1.397.000
PASTO DOS	6.350	110	698.500
TOTAL	**22.706**		**2.497.660**

Claudia Pay

CLAUDIA FERNANDA PAY PEREZ

C.C. 59.821.157 de Pasto

UNIDAD RESIDENCIAL MIJITAYO TORRE 4 APTO 1101- CELULAR: 3212197305 - CORREO: claudiapay59@hotmail.com

San Juan de Pasto

123

LA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL PASTO DOS

CERTIFICA

Que la Señora CLAUDIA **FERNANDA PAY** PEREZ, identificada con cédula de ciudadanía número 59.821.157 expedida en Pasto, suministro de SEIS MIL TRESCIENTAS CINCUENTA (6.350) fotocopias al Centro Zonal Pasto Dos durante el periodo del mes de mayo del 2022.

Se expide en San Juan de Pasto, a los 31 días del mes de mayo de 2022.

MARIA NATALIA IBARRA CABRERA
Coordinación Centro Zonal Pasto Dos
ICBF Regional Nariño

PÚBLICA

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Nariño
Centro Zonal Pasto Uno

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL PASTO UNO

CERTIFICA

Que la Señora **CLAUDIA FERNANDA PAY PEREZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 59.821.157 de Pasto, según contrato 52001772022 suministro 12.700 fotocopias por valor unitario de cien pesos ($110) para un total de **UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE.** ($ 1.397.000), para el Centro Zonal. Correspondiente al mes de mayo.

MARTHA LUCIA AREVALO CAGUAZANGO
Coordinadora Centro Zonal Pasto Uno

PÚBLICA

SUMINISTROS PAY

NIT 59821157-5

DEPENDENCIA: Correspondencia

C. ZONAL: Regional.

FECHA:	DIA	MES	AÑO
	07	05	22

CANT.	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
200	Planilla Control.		
	entrega Documentos.		
	TOTAL:		

FIRMA: Mile. Montaño

SUMINISTROS PAY

NIT 59821157-5

DEPENDENCIA: Administrativo.

C. ZONAL: Regional.

FECHA:	DIA	MES	AÑO
	26	05	22

CANT.	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
2617	Copias. Varios		
	Documentos		
	TOTAL:		

FIRMA: _____

125

SUMINISTROS PAY

NIT 59821157-5

DEPENDENCIA: Adopcion (GAT)

C. ZONAL: Regional

FECHA: DIA 31 MES 05 AÑO 22

CANT.	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
143	COPIAS PARA DEMANDA JUDICIAL PROCESO M.I. CORTES - FAMILIA ITALIA		
	TOTAL:		

FIRMA: Luis Antonio.

SUMINISTROS PAY

NIT 59821157-5

DEPENDENCIA: Adopciones.

C. ZONAL: Regional.

FECHA: DIA 26 MES 05 AÑO 22

CANT.	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
346	Auto de Tramite. 11/05/22		
	TOTAL:		

FIRMA: Dr. Mauricio.

SUMINISTROS PAY

NIT 59821157-5

DEPENDENCIA: Adopciones.

C. ZONAL: Regional

FECHA: DIA 26 MES 05 AÑO 22

CANT.	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
350	Auto Administrativo.		
	TOTAL:		

FIRMA: Dr. Mauricio.

aportes en línea

Comprobante Liquidación

127

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 59821157		PAY PEREZ CLAUDIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	claudiapay59@hotmail.com	PASTO-NARIÑO	3163205206

Clave: 9435921460

Periodo Pensión: 2022-05 **Periodo Salud: 2022-05**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2022/06/14	0	$0	$290,300
2022/06/15	0	$0	$290,300
2022/06/16	0	$0	$290,300
2022/06/17	0	$0	$290,300
2022/06/21	0	$0	$290,300
2022/06/22	0	$0	$290,300
2022/06/23	0	$0	$290,300
2022/06/24	0	$0	$290,300
2022/06/28	0	$0	$290,300
2022/06/29	0	$0	$290,300

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$160,000
PORVENIR		1	$160,000
ARL	1	1	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$5,300
EPS	1	1	$125,000
NUEVA E.P.S.		1	$125,000
SUBTOTAL			$290,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$290,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty · éxito · SURTIMAX · Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.953-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPINSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9435921460

NUMERO DE APROBACION 267755

Fecha: 10/06/2022 15:25:47
DV: 133822
NUM. TRANSACCION 1064337349
Valor $290.300,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512823. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 902099 BARRIO SANTA BARBARA

Cajero: VIANCEES

Recibí Conforme: _____

C.C. _____

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59821157		PAY PEREZ CLAUDIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	unida residencial mijita	PASTO-NARIÑO	7207606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05		9435921460	I	2022/06/14			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC	59821157	PAY CLAUDIA	X															23030 1	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	0.522%	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total Afiliados(1)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 59821157		PAY PEREZ CLAUDIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	unida residencial mijita	PASTO-NARIÑO	7207606	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05		9435921460	I	2022/06/14			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

128

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14771094607

(415)7707212489984(8020) 000001477109460 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 9 8 2 1 1 5 7	5	Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

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	5 9 8 2 1 1 5 7	1 9 9 1 0 7 0 2

Lugar de expedición / 26. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PAY	PEREZ	CLAUDIA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
SUMINISTROS PAY	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

41. Dirección principal: CR 24 A SUR 150 TO 4 AP 1101 UR MIJITAYO

42. Correo electrónico: claudiapay59@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 1 9 7 3 0 5	

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
5 6 2 9	2 0 0 7 1 2 1 8	8 2 1 9	2 0 0 7 1 2 1 8					1

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 5	4 9	5 0																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 2021 - 07 - 09 / 13 : 06: 51

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 PAY PEREZ CLAUDIA FERNANDA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF. 18-03-2022 04:01:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14771094607

(415)7707212489984(8020) 000001477109460 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 9 8 2 1 1 5 7	5	Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	1 9 9 7 0 6 1 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	1 9 9 7 0 6 1 1	
77. No. Matrícula mercantil	5 1 9 6 9 1	
78. Departamento	5 2	
79. Ciudad/Municipio	2 6	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Fecha generación documento PDF: 18-03-2022 04:01:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14771094607

(415)7707212489984(8020) 000001477109460 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Pasto 1 4	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de otros servicios de comidas 5 6 2 9

162. Nombre del establecimiento: SUMINISTROS PAY

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CL 20 A 11 52 BRR EL RECUERDO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 5 1 9 7 0 2	1 9 9 7 0 6 1 1
168. Teléfono: 3 1 0 4 5 0 2 7 6 0	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO