| SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO<br>La guarda de la fe pública | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 01 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 30 - 08 - 2022 |

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Dia 01 | Mes 12 | Año 2023

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 29.671.549 | DE | PALMIRA | | | | |
| TELEFONO DE CONTACTO | 323-3996336 | FIJO | | EXT. | | | |
| E-MAIL PERSONAL | | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | leydi.castillo@supernotariado.gov.co | | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 82324785449 | C.A. | X | C.C. | |

CONTRATO ACTUAL: No 1999 DE Año 2023

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 9.005.040,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 2.251.260,00

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 PALMIRA

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: JACKELINE BURGOS PALOMINO

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADORA

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 28923 | CRP No. | 449823 |
| FECHA CDP | 08/02/2023 | FECHA CRP | 05/09/2023 |

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 04 | Mes 09 | Año 2023

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: PALMIRA

DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 12 | Año 2023

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 18 | Mes 09 | Año 2023

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 12 | DIAS 0

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: $ 2.251.260,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.251.260,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 11 | 2023 | PAGO No. | No DÍAS | | MES A COBRAR |
| AL | 30 | 11 | 2023 | 03 | 30 | 100% | NOVIEMBRE |

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

| | Valor del Pago | Razon Social | Aporte |
|---|---|---|---|
| 1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS) | 145000 | EPS SANITAS SA | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 185600 | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 6100 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 0.522% |
| TOTAL A PAGAR | $ 336.700 | PLANILLA DE PAGO No. | 1059173039 |

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

| | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 9.005.040,00 | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 975.546,00 | $ 975.546,00 | $ 8.029.494,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 2.251.260,00 | $ 3.226.806,00 | $ 5.778.234,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 2.251.260,00 | $ 5.478.066,00 | $ 3.526.974,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| 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 | | $ - | $ - |

| PERIODO DE PAGO | | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 01 | 11 | 2023 | | NOVIEMBRE |
| | AL | 30 | 11 | 2023 | 03 | NOVIEMBRE |

## 3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| | |




**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

| 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 .<br>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.<br>3. Requerir al funcionario, contratista o usuario que pretenda ingresar a las instalaciones de la entidad el uso del gel antibacterial y/o alcohol.<br>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.<br>5. Restringir el acceso de acompañantes de los trabajadores. 6. Preguntar a la persona que ingresa si presenta síntomas de tos seca, problemas<br>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.<br>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.<br>8. Participar en el seguimiento aleatorio diario evidenciable sobre el estado de salud del personal en trabajo en casa.<br>9. Asegurar el ingreso escalonado para procurar la distancia de dos metros entre cada persona.<br>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.<br>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.<br>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.<br>13. Controlar la entrada de visitantes/proveedores, evitando ingresos masivos a horas determinadas en las instalaciones, con el apoyo de los vigilantes.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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<br>bioseguridad, para remitir a las dependencias que se requieran. | Limpieza y desinfección de los espacios de uso publico y lugares de trabajo.<br>Toma de temperatura corporal de los funcionarios, contratistas y usuarios previo al ingreso de las instalaciones de la ORIP.<br>Revisión del buen uso del tapabocas y gel antibacterial y/o alcohol.<br>Digitalización, calidad, armado de documentos. |

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




**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

| SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 01 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 30 - 08 - 2022 |

## FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **29.671.549** de **PALMIRA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1999** de **2023** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **449823** CDP No **28923**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.251.260,00**

**Valor en letras:** **DOS MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOCIENTOS SESENTA**

| | | Día | Mes | Año | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO DE PAGO** | **DEL** | 01 | 11 | 2023 | **PAGO No.** | **NOVIEMBRE** |
| | **AL** | 30 | 11 | 2023 | **03** | **NOVIEMBRE** |

Para constancia se firma en **PALMIRA** a los **01** días del mes de **DICIEMBRE** de **2023**

### SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
JACKELINE BURGOS PALOMINO
REGISTRADORA

### CONTRATISTA

Leydi Katherine Castillo

**Firma Contratista**
LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO
**Cedula de Ciudadania No**
29.671.549 **DE** PALMIRA



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
PBX 57 + (1) 3282121
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

**Palmira 01 de Diciembre de 2023**

## CUENTA DE COBRO

## LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
## NIT. 899.999.007-0

**Debe a:**

**LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO**
C.C.29.671.549– PALMIRA- VALLE

La suma de, **DOS MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOCIENTOS SESENTA PESOS ($ 2.251.260).** Por concepto de **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE 91 DE 2023** del período del 01 al 30 de noviembre de 2023.

Los aportes a la seguridad social por los ingresos materia de facturación, mediante planilla **No. PLANILLA del mes 1059173039 de octubre de 2023.**

Los datos bancarios para el pago son los siguientes:

ENTIDAD FINANCIERA : **BANCOLOMBIA**
TIPO DE CUENTA : **AHORROS (X) CORRIENTE ()**
NUMERO DE CUENTA : **82324785449**

Leydi Katherine Castillo

**LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO**
*Leydi.castillo@supernotariado.gov.co*
CELULAR: 323-3996336

## FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2023

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 2022 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_X_ NO___,
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 diciembre de 2023.

Atentamente,

Leydi Katherine Castillo

LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO
CC. 29.671.549 PALMIRA (V)

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Si No

| identificación de pago | numero de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Compromiso 449823 DTR - ORIP PALMIRA - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.1999_2023 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO.pdf | Compromiso 449823 DTR - ORIP PALMIRA - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.1999_2023 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO.pdf | ARL LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1999 SUPERVISIÓN (1).pdf | 1999 SUPERVISIÓN (1).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ACTA DE INICIO LEIDY CASTILLO.pdf | ACTA DE INICIO LEIDY CASTILLO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | T. Examen Medico Ocupacional.pdf | T. Examen Medico Ocupacional.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIA LINEA DE PRODUCCIÓN SEPTIEMBRE 2023. (1).xlsx | EVIDENCIA LINEA DE PRODUCCIÓN SEPTIEMBRE 2023. (1).xlsx | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE LEYDI 2023.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE LEYDI 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIA LINEA DE PRODUCCIÓN OCTUBRE 2023. (1).zip | EVIDENCIA LINEA DE PRODUCCIÓN OCTUBRE 2023. (1).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO OCTUBRE LEYDI 2023.pdf | CUENTA DE COBRO OCTUBRE LEYDI 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIA LINEA DE PRODUCCIÓN NOVIEMBRE 2023. (1).xlsx | EVIDENCIA LINEA DE PRODUCCIÓN NOVIEMBRE 2023. (1).xlsx | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-11-20, 03:22:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1059173039

**Periodo Cotización:** octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8810108962

## PAGADO 20/11/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO | | |
| **Documento** | CC29671549 | **Dirección** | CLL 69 D 26 A 20 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3233996336 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | PALMIRA | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 29671549 | LEYDI KATHERINE CASTILLO QUIJANO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 2.200 | $ 338.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14927994791

(415)7707212489984(8020) 000001492799479 1

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

## 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 | 29671549 | 1 9 9 9 1 1 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Palmira 5 2 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTILLO | QUIJANO | LEYDI | KATHERINE |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Palmira 5 2 0 |

41. Dirección principal: CL 69 D 26 A 20

42. Correo electrónico: leydi.castillo1981@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 3 3 9 9 6 3 3 6 | |

## 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 6 1 1 2 4 | | | | | | 3 1 2 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 | 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 2023 - 07 - 20 / 13 : 26: 13

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 CASTILLO QUIJANO LEYDI KATHERINE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO