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 SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Día 01 | Mes 03 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	11.229.539	DE	GIRARDOT				
TELEFONO DE CONTACTO	311-4776192	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	JHONNYTORT@GMAIL.COM						
E-MAIL INSTITUCIONAL	JOHONNIE.TRUJILLO@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24122727047	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL No 576 DE Año 2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 26.001.990,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 2.476.380,00

OBJETO DEL CONTRATO: El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica Y administrativa, dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero, a título de honorarios.
Dependencia: ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL
Perfil: Auxiliar Administrativo

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: GABRIEL GONZALEZ GUTIERREZ

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR SECCIONAL GIRARDOT

CDP No.	43924	CRP No.	125424
FECHA CDP	15/01/2024	FECHA CRP	6/02/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 05 | Mes 02 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	GIRARDOT
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 20 | Mes 12 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 06 | Mes 02 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 10 | DIAS 15

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: $ 2.063.650,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.063.650,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	06	02	2024	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	29	02	2024	01	25	83%	FEBRERO

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

Powered by CamScanner

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)		EPS FAMISANAR LTDA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN		SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ -	PLANILLA DE PAGO No.	

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 26.001.990,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 2.063.650,00	$ 2.063.650,00	$ 23.938.340,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 03	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
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	06	02	2024		FEBRERO
AL	29	02	2024	01	FEBRERO

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera. 2. Concertar previo inicio de cada periodo mensual con la Coordinación del Grupo de Gestión Documental, el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato.	1. Se inician las actividades contratadas en el área de Gestión Documental en la oficina de registros e instrumentos públicos de Girardot, bajo la supervisión del señor Registrador Gabriel González Gutiérrez, dando comienzo a las tareas pactadas en el objeto del contrato No. 0576 de 2024.

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

Powered by CamScanner

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
4. Apoyar las actividades para la clasificación organización y levantamiento de inventarios documentales de archivos de acuerdo con el ciclo vital del documento aplicando las Tablas de Retención Documental de la Entidad. 5. Adelantar los procesos de selección, ordenación, identificación de fondos acumulados documentales, preparación de inventarios para eliminaciones documentales en archivos de gestión y central, de acuerdo con procedimientos archivísticos establecidos. 6. Cumplir con los planes de trabajo y entrega de los productos en los tiempos establecidos. 7. Participar de ser requerido en las reuniones y mesas de trabajo del Grupo de Gestión Documental, y colaborar con las tareas asignadas. 8. Reportar oportunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados. 9. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, bajo los principios de la ética profesional. 10. Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada. 11. Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del mismo. NOTA: En todo caso, el contratista debe presentar el informe de ejecución contractual y CUENTA DE COBRO DE MANERA MENSUAL, al supervisor, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.	2. Pedimos una capacitación para aclarar unas dudas y dar seguimiento a la Actividad # 3, y fue programada el día 14 de febrero por la señorita Evelyn Cárdenas Rojas del Grupo de Soporte Documental por medio de la sala virtual Teams. 3. Se realizó una reorganización del archivo administrativo de los años anteriores, teniendo en cuenta la capacitación recibida en la cuál encontramos una serie de documentos administrativos y contables que se conservan aún en los archivos de la ORIP y que ya han perdido la vigencia de su conservación. 4. Depuramos todas las carpetas de los documentos que ya han perdido su ciclo y las alistamos para su respectiva eliminación. Organizamos cajas con 10 carpetas y reorganizamos nuevamente el FUID. Dejaré evidencias fotográficas de las labores realizadas. 5. Se hizo empalme de todas las carpetas luego de la reorganización del archivo y se organizó todas las cajas con la documentación para su respectivo FUID de Eliminación. 6. Cumpliré con todos los planes de trabajo y entrega de mis labores en los tiempos establecidos garantizando resultados positivos. 7. Si soy requerido para participar en las reuniones y mesas de trabajo del grupo de Gestión Documental estaré disponible para colaborar con las tareas asignadas. 8. Hasta el momento no he tenido dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados. 9. Manejare siempre con responsabilidad la reserva, confidencialidad y conservación de los documentos y la información de los mismos, actuando bajo mis principios, mi ética personal y profesional. 10. Estaré presto a colaborar y ejercer las órdenes del supervisor bajo mis responsabilidades contratadas.

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

Powered by CamScanner

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 **JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **11.229.539** de **GIRARDOT** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **576** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **125424** CDP No **43924**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.063.650,00**

Valor en letras: **DOS MILLONES SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	06	02	2024		FEBRERO
	AL	29	02	2024	01	FEBRERO

Para constancia se firma en **GIRARDOT** a los **01** días del mes de **MARZO** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
GABRIEL GONZALEZ GUTIERREZ
REGISTRADOR SECCIONAL GIRARDOT

CONTRATISTA

Firma Contratista
JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ
Cedula de Ciudadania No
11.229.539 **DE** GIRARDOT

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

Powered by CamScanner

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2024

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2023 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI____ NO__X__.
2. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___ NO__X__
3. 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.
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___ NO_X__,
5. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI___ NO__X_, adjuntar pago mensual del ahorro realizado.
6. Crédito de Vivienda SI___ NO _X__, adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.
7. Medicina prepagada SI___ NO __X__, adjuntar certificación de la EPS, incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.
8. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo asociadas a la presente cuenta de cobro, si marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%), si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo a depuración de renta y UVT aplicable, SI____ NO__X__
9. Ha suscrito contratos durante el año 2024: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($188.260.000) SI____ NO__X__.

En constancia de lo anterior, se firma a los 01 días del mes de marzo de 2024.

Atentamente,

JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ

CC: 11.229.539 de Girardot

Powered by CamScanner

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 12 02 2024

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1 Tipo de Afiliado: X | 2 Subtipo de Afiliado | 3 Régimen: X | 4 Tipo de Planilla | 5 Tipo de Cotizante | Cargo

A. APELLIDOS Y B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	2 Tipo de Documento de Identidad	3 Número del Documento de Identidad	4 Sexo	10 Fecha de Nacimiento
TRUJILLO	ORTIZ	JOHANNIE	WILLIANS		1122953 9		08 08 1 9 83

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (todos presentes)

Dirección de residencia: M7 11 casa 9 B/ Esperanza | Teléfono: 311 497 6192

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (Los relacionados deberán estar incluidos en la autoliquidación)

22 Tipo de Documento de Identidad | 23 Número del Documento de Identidad | 42 Sexo | 43 Fecha de Nacimiento

Datos bancarios de cuentas para los beneficiarios y datos adicionales generales

24 Apellidos y nombres | 25 Número del documento de identidad | 26 Tipo de documento de identidad | 27 Sexo | 28 Fecha de nacimiento | Datos complementarios | 29 Edad | 30 Parentesco | 31 Valor de la UPC adicional | 32 Fecha de ingreso | 33 Valor de la UPC adicional

34 Fecha de afiliación | 35 Fecha de nacimiento

Selección de la IPS Primaria | Código de la IPS

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O EL ORIGEN

36 Apellidos y nombres | 37 Tipo de documento | 38 Número del documento de identidad | 39 Tipo de afiliado o subtipo de cotizante

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40 Tipo de Novedad

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número de Documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha novedad
43 EPS anterior		44 Motivo de retiro	45 Copia de Comprobante de pago a Seguridad Social	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

X

IX. ANEXOS

Total

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66 Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68 Fecha de radicación
Departamento / Municipio / Código de la entidad	Subregión	Puntaje	Ficha	

70 Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
71 Firma del funcionario		Independiente

AUTORIZADO 24

RECIBIDO
NO IMPRIMIR CARGA
HASTA VERIFICAR

- ORIGINAL ÚNICA -

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Famisanar

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Recibió la información sobre el Contenido de la Carta de Derechos y Deberes de la EPS?	X	
¿Entendió el contenido de la Carta de Derechos y Deberes de la EPS?	X	
¿Recibió el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Entendió el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Le fue explicado por parte de la EPS el contenido de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por la EPS?	X	
Autorizo a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACION PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de titular de mis datos personales declaro, expresa, libre, inequívoca y especificamente que he recibido de la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, la comunicación prevista para conocer la finalidad [illegible] para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada en sus sistemas y en las bases de datos de su propiedad, en los términos de la Política de Tratamiento de la Información y demás políticas que hacen parte integral de la misma, disponibles en [illegible] POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, y demás normas que la [illegible] reglamenten, adicionen o complementen.

Así mismo, [illegible] el tratamiento de mis datos personales sensibles, de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 y el artículo 6 del Decreto 1377 de 2013, a suministrar mi información personal y [illegible] el tratamiento de dichos datos personales sensibles tratados y Decreto 1377 de 2013)

*Datos sensibles: [illegible] por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como [illegible] el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos. (Numeral 3 artículo 3 Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Johannic Williams Trujillo O

Identificación: 1122953[illegible]

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ quien manifestó no poder firmar por [illegible] en su nombre el (la) que [illegible] de edad y se encuentra imposibilitado para dar fe de la información que está registrando.

Como testigo doy fe de todo lo anterior y certifico que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad _____

Dirección de Domicilio: _____

*Nombres y Apellidos de quien firma a ruego por la persona

Huella

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ identificado(a) con CC 11229539 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE

Fecha de Activación de Servicios:	**2017/03/10**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO GIRARDOT**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 28 días del mes de 02 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 Calcedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.229.539,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Powered by CamScanner

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0576-2024 DE 2024, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ

Contrato Número	**0576**	**Fecha:**	**2024**
Entidad contratante:	**SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO**		
Nit:	**899.999.007-0**		
Ordenador del gasto	**WILLIAM PÉREZ CASTAÑEDA**		
Identificación:	**Cédula de Ciudadanía 16.656.408 de Cali**		
Contratista:	**JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ**		
Identificación:	**Cédula de Ciudadanía 11229539**		
Servicios	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**		
Honorarios mensuales:	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($2.476.380)**		
Perfil	**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**		
Dependencia:	**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL**		
Línea PAA	**DAF-GD263**		
CLÁUSULAS DE CONDICIONES ADICIONALES:			
1) Objeto:	EL CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero a título de honorarios. Dependencia: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL** Perfil: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**		
2) Lugar de Ejecución	El lugar de ejecución del contrato será en: Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos Girardot, o en el lugar que, por necesidad del servicio se requiera.		
3) Plazo:	El término de ejecución del presente contrato será de: a. DIEZ MESES (10) Y QUINCE (15) DIAS sin superar el 31 de diciembre de 2024 En todo caso, su ejecución se establecerá a partir de la suscripción del acta de inicio entre el Contratista y el Supervisor, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del mismo.		
4) Obligaciones Específicas:	El CONTRATISTA, adquiere para con LA SUPERINTENDENCIA las siguientes obligaciones específicas: 1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera. 2. Concertar previo inicio de cada periodo mensual con la Coordinación del Grupo de Gestión Documental, el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato. 4. Apoyar las actividades para la clasificación organización y levantamiento de inventarios documentales de archivos de acuerdo con el ciclo vital del documento aplicando las Tablas de Retención Documental de la Entidad. 5. Adelantar los procesos de selección, ordenación, identificación de fondos acumulados documentales, preparación de inventarios para eliminaciones documentales en archivos de gestión y central, de acuerdo con procedimientos archivísticos establecidos. 6. Cumplir con los planes de trabajo y entrega de los productos en los tiempos establecidos. 7. Participar de ser requerido en las reuniones y mesas de trabajo del Grupo de Gestión Documental, y colaborar con las tareas asignadas. 8. Reportar oportunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados. 9. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, bajo los principios de la ética profesional. 10. Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada. 11. Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, conforme a la naturaleza del mismo		

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

Powered by CamScanner

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0576-2024 DE 2024, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ

5) Valor:	El valor total del contrato es hasta por la suma de **VEINTISÉIS MILLONES UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS MCTE ($ 26.001.990).**
6) CDP:	El presente contrato se financiará con recursos de la vigencia fiscal 2024 conforme al certificado presupuestal adjunto a esta minuta. El contrato esta sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. CDP 43924 de fecha 15 de enero de 2024 RUBRO: C-1299-0800-9-10305C-1299052-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE GESTIÓN DOCUMENTAL - IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL DE LA SNR A NIVEL NACIONA VALOR: 2.782.212.930,00
7) Forma de pago:	La forma de pago quedara así: Hasta por la suma de **VEINTISÉIS MILLONES UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS MCTE ($ 26.001.990).** El valor del contrato se pagará en mensualidades iguales, sucesivas y vencidas cada una hasta por la suma de e **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($2.476.380)** o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, previa aprobación por parte del supervisor del contrato de los respectivos informes de avance que den cuenta de la ejecución del contrato. En todos los casos se deben aportar los documentos requeridos, para el pago, **conforme a los lineamientos establecidos en las circulares de pago vigentes de la SNR.** **NOTA**: El contratista se obliga a aportar, adicional a lo anterior, el soporte de pago de los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud - Pensión y ARL).
8) Garantía:	El incumplimiento a las obligaciones contractuales constituye el mayor riesgo para el normal desarrollo del objeto contractual por lo que **EL CONTRATISTA** deberá constituir a favor de la Superintendencia de Notariado y Registro garantía única, que deberá cobijar los siguientes riesgos: **1). De Cumplimiento: Equivalente al Diez por ciento (10%) del valor del contrato,** con vigencia por el plazo de ejecución del contrato, y seis (6) meses más, contados a partir de la fecha de suscripción del mismo: **Beneficiario / Asegurado:** Superintendencia de Notariado y Registro .
9) Supervisión	La vigilancia en la ejecución y cumplimiento estricto del contrato estará a cargo del Registrador de Instrumentos Públicos de Girardot O QUIEN HAGA SUS VECES, o a quien designe el ordenador del gasto
10) Clausula Penal Pecuniaria	a. En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato por parte del contratista, éste deberá pagar a **LA SUPERINTENDENCIA** a título de pena, una suma equivalente al **20% del valor total de este contrato**, la cual será cancelada o descontada, según sea el caso, al momento de efectuarse el pago del contrato. b. Igualmente, frente al incumplimiento de las obligaciones del contratista, éste deberá pagar a título de tasación anticipada de perjuicios una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, la cual será cancelada o descontada, según sea el caso, al momento de efectuarse el pago del contrato. No obstante, la Entidad se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales que excedan el monto de lo aqui pactado, siempre que los mismos se acrediten
11.) Multas	a. Con el fin de conminar al **CONTRATISTA** al cumplimiento de las obligaciones que se encuentren en mora o retraso, se causarán multas hasta por un valor equivalente al 0.5x1000 del valor del contrato por cada día de incumplimiento o retraso, hasta cuando estas efectivamente se cumplan. b. La imposición de las multas se hará mediante resolución motivada, previo agotamiento del debido proceso y

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

Powered by CamScanner

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0576-2024 DE 2024, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ

	de conformidad con lo establecido en la Ley 1474 de 2011. c. La imposición de multas no impedirá la aplicación de otras sanciones a que hay lugar por el incumplimiento. d. **EL CONTRATISTA** autoriza a que la **SUPERINTENDENCIA** descuente del saldo a su favor, el valor correspondiente a las multas que se llegaren a causar
12) Documentos anexos a las Condiciones adicionales	Todos los documentos que se encuentran cargados en la plataforma transaccional SECOP II, referente a este proceso, hacen parte del presenten formato de Condiciones Adicionales para el contrato de prestación de servicios.

Proyectó: Maria Alejandra Hormechea Garcia – Abogada Contratista de la Dirección de Contratación
Revisó: Hector Ivan Suarez betancour – Abogado Contratista de la Dirección de Contratación
Aprobó: Ramiro Alejandro Cardona Aguirre – Director de Contratación
Revisó y Aprobó: Dany Luz Orozco Franco– Asesora del Despacho.
Aprobó Transaccionalmente: William Pérez Castañeda – secretario general y Ordenador del Gasto

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

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-44-101189795	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	02	2024	15	01	2024	00:00	01	07	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	trujillo ortiz, jhonny william	IDENTIFICACIÓN	CC: 11.229.530
DIRECCIÓN: mz 11 cs 9	CIUDAD: GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	8326255

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO	IDENTIFICACIÓN	NIT: 899.999.007-0
DIRECCIÓN: CL 26 NRO. 13 - 49 IN 201	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	3282121
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010D, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO SEGUN CONTRATO No 0576-2024 RELACIONADO CON EL CONTRATISTA deber prestar por sus propios medios y con plena autonomia tecnica y administrativa dentro del plazo acordado, los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestacion recibir por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero a titulo de honorarios. Dependencia: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL Perfil: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/01/2024	01/07/2025	$2,600,199.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,188.00	$ *******8,000.00	$ *******4,405.00	$ **********27,593.00	$ ********2,600,199.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

Aseguramos Ltda.
Nit 9[illegible]-3
Calle 10 N[illegible] Sucre
Tel 8332152 - 3187855204

25-44-101189795

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 83 NO 19-10 TELEFONO: 601-2180577, 601-6019330

DLF1640535

1

PÓLIZA 01

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DETALLE DE LA GARANTÍA

Id de la garantía CO1.WRT.13625595

Referencia de la garantía 25-44-101189795

Estado Aceptada

Justificación
- [x] Cumplimiento - Cumplimiento del contrato

Tipo de garantía
- (•) Contrato de seguro
- ( ) Patrimonio autónomo
- ( ) Garantía bancaria

Entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Número de póliza 25-44-101189795

Tomador JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ

Beneficiario SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

Justificación	Valor del amparo	Vigencia
Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	2.600.199,00 COP	1/07/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

	Descripción	Nombre del documento		
☐	POLIZA 2024.pdf	POLIZA 2024.pdf	Descargar	Detalle

Powered by CamScanner

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO No. 576 de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ
CEDULA DE CIUDADANIA: 11.229.539

PERFIL: Auxiliar Administrativo
FECHA DE INICIO: 06 de febrero de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN: 20 de diciembre de 2024
PLAZO DE EJECUCIÓN: diez (10) meses y quince (15) días
LUGAR DE EJECUCIÓN: Girardot
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: VEINTISEIS MILLONES UN MIL NOVESCIENTOS NOVENTA PESOS MCTE ($26.001.990)
VALOR MENSUAL: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($2.476.380).
FECHA DE APROBACIÓN DE LA POLIZA: 05/02/2024
FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA ARL: 06 de febrero de 2024
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL: 125424 del 06 de febrero de 2024

El día 06 de febrero de 2024 en la ciudad de Girardot se reunieron GABRIEL GONZALEZ GUTIERREZ en su calidad de supervisor del contrato y JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ en su calidad de contratista, con el fin de dar comienzo a las actividades pactadas en el objeto del **Contrato No. 576 de 2024**

Se firma en Girardot para los fines pertinentes el día 06 de febrero de 2024.

GABRIEL GONZALEZ GUTIERREZ
Registrador seccional

JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO O.
Contratista
11.229.539

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/02/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999007	**Cédula Usuario:**	CC 1010040455
Nombre:	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO				
Dirección:	CL 26 13 49				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	edna.pulido@supernotariado.gov.co				
Teléfono:	3282121		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1841201 ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1010040455	KEVIN SANTIAGO CASTAÑEDA VELANDIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	4304	06/02/2024	CC 11229539	TRUJILLO ORTIZ JOHONNIE	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

EF79B4692BD8796BE3D8D5DCACCB53B4 Certificado impreso el día 2/5/2024 11:32:13 PM por el portal de empresas Edesk

Powered by CamScanner

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JOHONNIE WILLIANS
TRUJILLO ORTIZ
11229539

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
899999007

Powered by CamScanner

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? Sí No

Id de pago	Número 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		
☐	ACTA INICIO JOHONNIE CORREGIDA.pdf	ACTA INICIO JOHONNIE CORREGIDA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ.pdf	ARL JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 125424 DAF-GD - ORIP GIRARDOT - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No 0576_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO..pdf	Compromiso 125424 DAF-GD - ORIP GIRARDOT - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No 0576_2024 - AUXILIAR ADMINISTRATIVO..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SUPERVISION JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ 2.pdf	SUPERVISION JOHONNIE WILLIANS TRUJILLO ORTIZ 2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EXAMENES MEDICOS.pdf	EXAMENES MEDICOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS PERIODO DEL 06 AL 29 DE FEBRERO JOHONNIE TRUJILLO.zip	EVIDENCIAS PERIODO DEL 06 AL 29 DE FEBRERO JOHONNIE TRUJILLO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Numero de formulario 14916912107

(415)7707212489984(8020) 000001491691210 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 2 9 5 3 9	2	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

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

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRUJILLO	ORTIZ	JOHONNIE	WILLLIANS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal: MZ 11 CA 9 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
jhonnytort@gmail.com		3 0 4 4 7 2 5 2 6 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
7 4 9 0	2 0 2 3 0 5 2 9	8 2 1 1	2 0 2 3 0 5 2 9					

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023-05-29 08:48:30

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SALAZAR RODRIGUEZ CLAUDIA VIVIANA

985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 30-01-2024 10:56:54AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner