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

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Dia 16 | Mes 04 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.013.652.886	DE	BOGOTA D.C				
TELEFONO DE CONTACTO	311-5551804	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	camilalandinez724@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL							
BANCO	DAVIVIENDA	No DE CUENTA	550488442116280	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 1245 DE Año 2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 9.905.520,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 2.476.380,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomia tecnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO para el apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las lineas de produccion

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: HERMAN ZULUAGA SERNA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR PRINCIPAL

CDP No.	43924	CRP No.	219624
FECHA CDP	15/01/2024	FECHA CRP	14/03/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Dia 15 | Mes 03 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MANIZALES

DEPARTAMENTO: CALDAS

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Dia 14 | Mes 07 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Dia 15 | Mes 03 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 4 | DIAS 0

ADICION Y/O PRORROGA

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

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Dia | Mes | Año | MESES | DIAS 0 | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 1.320.736,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 1.320.736,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

PERIODO DE PAGO

	Dia	Mes	Año	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
DEL	15	03	2024				
AL	30	03	2024	01	16	53%	MARZO

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)	86700	ASOCIACION DE INDIGENAS DEL CAUCA A I C	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	111000	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	3700	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 201.400 PLANILLA DE PAGO No. 454693906

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 9.905.520,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.320.736,00	$ 1.320.736,00	$ 8.584.784,00
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		$ -	$ -
PAGO 14	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 15	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 16	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 17	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 18	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 19	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Dia	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	15	03	2024		MARZO
	AL	30	03	2024	01	MARZO

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
OBLIGACIONES ESPECIFICAS : *Recibir los turnos de ventanilla *organizar los documentos de auerdo al principio de prioridad o rango *Digitalizaciion y verificacion contra el documento fisico *Rol de calidad *custodia de documentos *Segunda digitalizacion y armado *Reproceso por falta de hojas o mala imagen, *Disposición final 9*Informes 1. Anexo 1: Reporte diario de turnos de documentos procesados durante la ejecución del mes. 2. Anexo 2: Novedades presentadas en el sistema IRIS, soporte de entrega de los formatos unicos FUID.	Concertar previo inicio de cada periodo mensual con la Coordinación del Grupo de Gestión Documental, el cronograma de actividades a desarrollar. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato. 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. 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. Cumplir con los planes de trabajo y entrega de los productos en los tiempos establecidos. Participar de ser requerido en las reuniones y mesas de trabajo del Grupo de Gestión Documental, y colaborar con las tareas asignadas. Reportar oportunamente las dificultades, novedades o cualquier otra situación que genere la interrupción de la prestación de los servicios contratados. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, bajo los principios de la ética profesional. Prestar en forma personal los servicios profesionales por lo que no podrá subcontratar la labor encomendada. 10. Contribuir con el cumplimiento de los requisitos contenidos en el numeral 4.2.4 de la Norma Técnica de la Gestión Pública NTC GP 1000.2009 e ISO 9001 2008 y normas complementarias relacionadas, conforme a los lineamientos contenidos en el Plan Estratégico Institucional de la Entidad.

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

SNR 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 **MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ** identificado (a) con cedula de ciudadania No **1.013.652.886** de **BOGOTA D.C** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1245** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **219624** CDP No **43924**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 1.320.736,00**

Valor en letras: **UN MILLON TRECIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOSTREINTA Y SEIS PESOS 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Dia	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	15	03	2024		MARZO
	AL	30	03	2024	01	MARZO

Para constancia se firma en **MANIZALES** a los **16** días del mes de **ABRIL** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
HERMAN ZULUAGA SERNA
REGISTRADOR PRINCIPAL

CONTRATISTA

María Camila Landinez Suarez

Firma Contratista
MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ
Cedula de Ciudadania No
1.013.652.886 **DE** BOGOTA D.C

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

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 1245-2024 DE 2024, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ.

Contrato Número	**1245**	**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:	**MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ.**		
Identificación:	**Cédula de Ciudadanía No. 1013652686**		
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-GD283-**		
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 Manizales o en el lugar que, por necesidad del servicio se requiera.		
3) Plazo:	El término de ejecución del presente contrato será de: CUATRO (4) MESES 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

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 1245-2024 DE 2024, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ.

5) Valor:	El valor total del contrato es hasta por la suma de **NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($ 9.905.520.oo)**
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 **NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS MCTE ($ 9.905.520.oo)** 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 Manizales 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 aquí 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 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.

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

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 1245-2024 DE 2024, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO Y MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ.

	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

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO No. 1245 de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ
CEDULA DE CIUDADANIA: 1.013.652.886

PERFIL: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
FECHA DE INICIO: 15-03-2024
FECHA DE TERMINACIÓN: 14-07-2024
PLAZO DE EJECUCIÓN: Cuatro (4) meses.
LUGAR DE EJECUCIÓN: OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $9.905.520
VALOR MENSUAL: $2.476.380
FECHA DE APROBACIÓN DE LA POLIZA: 15-03-2024
FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA ARL: 15-03-2024
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL: 219624 del 14-03-2024

El día **15-03-2024** en la ciudad de MANIZALES, se reunieron **HERMAN ZULUAGA SERNA** en su calidad de supervisor del contrato y **MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ** en su calidad de contratista, con el fin de dar comienzo a las actividades pactadas en el objeto del **Contrato No. 1245 del 2024.**

Se firma en Manizales para los fines pertinentes el día 15 de marzo de 2024.

Supervisor
HERMAN ZULUAGA SERNA
Registrador de Instrumentos Públicos

Maria Camila Landinez Suarez
Contratista
MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ
C.C. 1.013.652.886 de Manizales

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/03/2024

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	4892	15/03/2024	CC 1013652886	LANDINEZ SUAREZ MARIA	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.

MAS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

3A685302B2C5D9BAF56055DC9FC3C5FF

Certificado impreso el día 3/14/2024 5:49:20 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase 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

MARIA CAMILA
LANDINEZ SUAREZ
1013652886

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
899999007

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
MANIZALES	MANIZALES	42	42-44-101153351	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	03	2024	15	03	2024	00:00	15	01	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
LANDINEZ SUAREZ, MARIA CAMILA			CC: 1013.652.886
DIRECCIÓN: CRA 5 C N 15 34 BARRIO LA MARIA	CIUDAD: RIOSUCIO, CALDAS	TELÉFONO:	3115551804

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******8,000.00	$ *******4,370.00	$ **********27,370.00	$ **********990,552.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MORRIZ ASESORES DE SEGUROS LTDA	72949	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 CRA. 24 NO. 64-03 - TELEFONO: 8813280 - MANIZALES

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11010107353700(3900)000000027370(96)20250315

REFERENCIA PAGO: 1101010735370-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CALDAS, **19/02/2024**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1013652886**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488442116288**
Fecha de apertura	**02/11/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013652888
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	RIOSUCIO	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CORREGIMIENTO SAN LORENZO	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	0-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4546935906	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA.			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9998278100

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 111.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 111.000	$ 0	$ 111.000
SUBTOTALES:										$ 111.000	$ 0	$ 111.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSIC3	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A I.C	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.700	$ 0	$ 0	$ 66.700
SUBTOTALES:													$ 66.700	$ 0	$ 0	$ 66.700

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.700	$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 3.700
SubTOTALES:									$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 3.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RETORNA TRIBUTARIA	IHO	IRET	IDL	IAL	ITDA	IVAC	IVSP	IVST	ISLN	ICOM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DIAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	APO SOT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDUC TOTAL APORTE
1	CC 1013652888	LANDINEZ SUAREZ MARIA CAMILA	1-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	13															25-14 COLPENSIONES	16	$ 693.334	$ 111.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 111.000	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A I.C	16	$ 693.334	$ 66.700	$ 0	$ 66.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 693.334	1013652888	$ 3.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 201.400

Planilla Pagada

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 _09__ días del mes de ABRIL de 2024.

Atentamente,

Maria Camila Landinez Suarez

NOMBRE : MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ

CC 1.013.652.886 de Bogota

	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA Resolución 083 del 15 de diciembre de 1997 Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior NIT: 817.001.773-3			
	CERTIFICADO			
	CÓDIGO	GDCI-F-10	Versión	1.0

EL ÁREA DE ASEGURAMIENTO Y GESTIÓN DE AFILIACIÓN DE LA ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA AIC – EPS-I.

CERTIFICA

Que el(la) Señor(a)	MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ
Tipo y Numero de Documento	CC-1013652886
Estado de Afiliación	AFILIADO
Régimen	CONTRIBUTIVO
Fecha Afiliación	02/01/2024
Municipio	RIOSUCIO,
CALDAS Corregimiento/Resguardo	SAN LORENZO.
Grupo étnico	INDÍGENA
Grupo Poblacional	COMUNIDADES INDÍGENAS
Grupo SISBEN	NO TIENE SISBEN
IPS Asignada	INGRUMA SALUD LIMITADA

La presente se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en la Sede Nacional de la EPSI para QUIEN INTERESE, tiene validez de ocho (8) días con respecto a la fecha de generación.

Observación: Esta certificación no es válida para solicitar servicios médicos ni para aprobación de traslado.

Como constancia se firma el documento a los 9 días del mes de febrero del año 2024.

Gestor de Afiliación y Operaciones BDUA. Área de Aseguramiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPSIC3

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÃ"N INDÃçGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10212145355418
Fecha de radicación 08/04/2024

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 59

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LANDINEZ	SUAREZ	MARIA	CAMILA
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1013652886	Femenino [X] Masculino [ ]	10/09/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	25-14: Colpensiones	$ 1.300.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
SAN LORENZO		3115551804	landinezcamila7@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
RIOSUCIO	Urbana [ ] Rural [X]	0009 - SAN LORENZO	CALDAS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	INGRUMA SALUD IPS 1 - CL 10 No. 9-19	1761400405 Sede: 2407

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
MARIA CAMILA LANDINEZ SUAREZ	CC1013652886	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
SAN LORENZO		landinezcamila7@gmail.com	RIOSUCIO	CALDAS

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad	
[ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.	[ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
[ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.	[ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
[ ] 3. Actualización del documento de identidad.	[X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo
[ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	[ ] B. Régimen Subsidiado
[ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:	[ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen
[ ] 6. Reinscripción en la EPS.	[ ] B. Diferente Régimen
[ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	[ ] 15. Reporte de fallecimiento.
[ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	[ ] 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
[ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	[ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
[ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	[ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÃ"N INDÃçGENA DEL CAUCA
Formulario No. 10212145355418
Fecha de radicación 08/04/2024

EPSIC3

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
15/03/2024			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. de acuerdo con lo previsto ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Maria Camila Jardinez

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afi iación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] S6. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio. sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:DORA PATRICIA GAÑAN GAÑAN, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:registroaiccaldas@gmail.com:
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÃ"N INDÃçGENA DEL CAUCA e ingresando el código: E3FF0DC8-0482-4FAC-B
Url: https://contributivo.alcsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/pages/CQR.aspx

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141010150676

(415)7707212489984(8020) 000014101015067 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 6 5 2 8 8 6	4	Impuestos y Aduanas de Manizales	

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 0 1 3 6 5 2 8 8 6	2 0 1 2 1 0 0 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LANDINEZ	SUAREZ	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Riosucio 6 1 4

41. Dirección principal: RESGUARDO INDIGENA SAN LORENZO

42. Correo electrónico: camilalandinez724@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 5 5 1 8 0 4	3 2 1 4 1 5 0 9 1 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 9 1 0 1 9	8 2 9 9	2 0 2 1 1 2 0 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

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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: 2024 - 04 - 11 / 10 : 38: 15

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: LANDINEZ SUAREZ MARIA CAMILA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO