SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE DISEÑO Y MANUFACTURA DEL CUERO - SERVICIOS PRESTADOS

Código Regional	**5**
Código Centro	**920110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2020**
Versión	**ENERO 2020 - 1,20**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN PABLO PASTOR GOMEZ	**C.C.**	71.787.079	**IP/Nº de contacto**	43158
Correo electrónico contratista:	jppastor@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	36241063601
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1334825/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**8520**	
Valor Total del Contrato	$ 37.901.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.901.500	**1**	**Del**	**12/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 2.274.090,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.627.410		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.274.090		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.274.090**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.511.018**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1026975008**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 909.636	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 503.673	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.511.018,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.014.690,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	9.096,00	0,400%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.264.994,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Diseño y Manufactura del Cuero en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

JUAN PABLO PASTOR GOMEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUZ MARIA ARANGO JARABA
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

CLAUDIA ELENA LÓPEZ PEREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

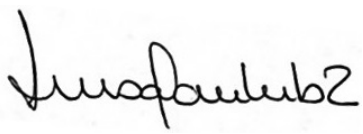
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUAN PABLO PASTOR GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 71.787.079, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/01/2020 y fecha fin de contrato 11/12/2020 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101481135.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Martes, 21 de Enero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN PABLO PASTOR GOMEZ identificado(a) con CC 71787079, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	36241063601	2008/04/16	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos Bancolombia

Hace constar:

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo Identificado(a) con cédula de ciudadanía me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN PABLO PASTOR GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71787079** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71787079
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN PABLO PASTOR GOMEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19/01/2006
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	901
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **21/01/2020**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



LABORUM IPS

900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 71787079-76443

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/01/2018 MEDELLIN		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	JUAN PABLO PASTOR		**Identificación:**	71787079	
Género	MASCULINO	**Edad:** 41	**Teléfono**		**Móvil:** 3154338234
Fecha Nacimiento:	29/12/1976		**Cargo:**	CONTRATISTA	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**EPS:**	SURA EPS	
Dirección	CR 63 32 E 39 INT 609 CERRO NUTIBARA		**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO	
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA TAMIZ	PRESENTA ALTERACIÓN VISUAL .REQUIERE USO DE LENTES PERMANENTES . DEBE SOLICITAR EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO POR OPTOMETRÍA. PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL,
MEDICINA LABORAL	INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. ACATAR LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DE LA ACCIDENTALIDAD LABORAL Y RIESGO PSICOSOCIAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: ENCUESTA DE SALUD REVISADA.REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA VISION MIXTA ALTERADA BILATERAL.

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por teceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En nungún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- La silla que se utilice siempre debe tener espaldar, se recomienda apoyar siempre la espalda al espaldar de la silla y debe permitir la adecuada postura del trabajador.
- Se recomienda uso de apoyapiés y padmause para los trabajos en computador
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
- Cuando trabaje con pantallas, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones. -Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; -Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); -Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; -Sitúese siempre a por lo menos a 40 cms. de la pantalla y evite reflejos molestos; -Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio
- Continuar con las actividades implementadas por la empresa para la prevención del riesgo psicosocial.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA. El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo. Al examen físico no se palpan hernias

CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

PREVENCION DE LAS ALTERACIONES VISUALES	Presenta alteración visual por lo cual se recomienda el uso de lentes en caso de requerirlos, realizar la valoración por optometría en EPS y en caso de requerirlo, utilizar protección visual adecuada para evitar riesgos por la proyección de partículas.

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE SALUD CON ESTUDIO DE LA ANTIGUEDAD es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mi(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria aún después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo

Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me (nos encuentre(encontremos) afiliado(dos). Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes

Certifico que SURAMERICANA me ha concedido la antigüedad del contrato de Medicina Prepagada con Seguros de Salud tenida en cuenta que los solicitantes relacionados en este documento no hemos sufrido, ni sufrimos en la actualidad de ninguna de las enfermedades o lesiones que tiene el estado de salud

Juan Pablo Pastor

Firma del Tomador | Huella Indice Derecho | Numero de Identificacion | Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ASESOR

Información para ser respondida ampliamente por el Asesor, Ejecutivo y/o Gerente

1. Conoce personalmente al solicitante? ☐ SI ☐ NO Cuánto tiempo hace que lo conoce? _____

2. El seguro fue solicitado directamente por el cliente? ☐ SI ☐ NO

Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para descontar de mi nomina o de mis comisiones, la suma que sea mayor entre los gastos de expedicion y el valor del anticipo establecido en las politicas de SURAMERICANA, si esta solicitud se tramita sin depósito provisional y si el asegurado no cubro la primera prima dentro del periodo de gracia.

Firma Asesor | Codigo Asesor | Firma Funcionario SURAMERICANA

Observaciones

COBRO BANCARIO Y/O PAGO INDEMNIZACIONES

Forma de Pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Tipo de Identificación	Numero de Identificación del Cuentahabiente	Nombres y Apellidos Completos Cuentahabiente (Primero Nombres, luego Apellidos)		
☐ TI ☐ CD ☐ PA ☐ CC ☐ CE				
Cuenta para debito o pago de indemnizaciones según corresponda: ☐ Ahorro ☐ Corriente ☐ Tarjeta de Crédito	Numero de Cuenta o Tarjeta de Credito	Corporación o Banco	Sucursal	
Tipo Tarjeta de Crédito (Si Aplica): ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐ Diners ☐ Credencial	Código Seguridad TC	Fecha Vencimiento Tarjeta Crédito AAAAMMDD	Relacion del Tomador y Cuentahabiente	Firma Cuentahabiente: Juan Pablo Pastor

*Para la realización de los pagos de sus indemnizaciones, recuerde que usted debe ser único titular de la cuenta. Si su póliza es de vigencia semestral o anual, detalle fecha en que desea el cobro.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14531261789

(415)7707212489984(8020) 000001453126178 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
71787079	7	Impuestos de Medellín 11	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	71787079	19950502

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Antioquia 05	Medellín 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PASTOR	GOMEZ	JUAN	PABLO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Antioquia 05	Medellín 001

41. Dirección principal: CR 63 32 E 39 IN 609

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jpastorg@gmail.com		3154338234	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
7020	19990924	7490	20000301	8299	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2311	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2019 05 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO