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 01 | Mes 08 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	FELIX MARIA CAMPOS CHAVES						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	14.220.267	DE	IBAGUE				
TELEFONO DE CONTACTO	300-4542204	FIJO	60-82776662	EXT.			
E-MAIL PERSONAL	fmcampos2008@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	felix.campos@supernotariado.gov.co						
BANCO	CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24064967329	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 902 DE Año 2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 49.734.300,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 4.521.300,00

OBJETO DEL CONTRATO: El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, dentrodel 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.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: ANDREA CATERINE MORA SILVA

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL.ESPECIALIZADO GRADO 20

CDP No.	52224	CRP No.	162524
FECHA CDP	24/01/2024	FECHA CRP	19/02/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 19 | Mes 02 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: CAJAMARCA

DEPARTAMENTO: TOLIMA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 31 | Mes 12 | Año 2024

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 20 | Mes 02 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 10 | DIAS 12

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 0 | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 4.521.300,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 4.521.300,00

COBRA CON FACTURA | No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
DEL	01	07	2024	PAGO No.	No DÍAS		JULIO
AL	31	07	2024	06	30	100%	JULIO

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

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

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	$ 226.100	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	PENSIONADO	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	$ 9.500	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	$ 235.600	PLANILLA DE PAGO No.	9469304223

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$ 49.734.300,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.657.810,00	$ 1.657.810,00	$ 48.076.490,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 6.179.110,00	$ 43.555.190,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 10.700.410,00	$ 39.033.890,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 15.221.710,00	$ 34.512.590,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 19.743.010,00	$ 29.991.290,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 24.264.310,00	$ 25.469.990,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	07	2024		JULIO
	AL	31	07	2024	06	JULIO

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Prestar apoyo en la revisión de la información consignada en los libros del Antiguo Sistema, registrar avances en el programa SAS (Seguimiento Antiguo Sistema), o en el aplicativo dispuesto para tal fin, haciendo especial énfasis en aspectos de protección y/o conservación ambiental. 2. Efectuar la búsqueda y análisis de la información registral del Antiguo Sistema al Sistema de Información Registral de conformidad con los parámetros dados por el Grupo de Interoperabilidad Registro Catastro Multipropósito.	En cumplimiento de las obligaciones contractuales contenidas en el contrato 0902 de 2024, se realizaron las actividades satisfactoriamente y señaladas por la Superintendencia de Notariado y Registro para la prestación de servicios objeto del presente contrato a través de la supervisión de ANDREA CATERINE MORA SILVA, PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 20

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
3. Reportar los avances y elaborar los informes correspondientes, confrontando el trabajo realizado vs el programado, de acuerdo a la metodología establecida para tal fin. 4. Participar en el proceso de desarrollo e implementación del Catastro Multipropósito, desde el punto vista registral y de salvaguardas ambientales 5. Asistir técnicamente los procesos que se adelantan en la Superintendencia Delegada para la Protección, Restitución y Formalización de Tierras, en relación con áreas protegidas y su incidencia en ámbito catastral y registral, efectuando los estudios técnicos a las que haya lugar. 6. Mantener la confidencialidad y reserva de la información que se administre. 7. Presentar un informe pormenorizado del desarrollo de las obligaciones adquiridas. 8. Obtener los rendimientos establecidos por el supervisor del contrato. 9. 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	Durante este periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio de 2024, se llevó a cabo; la confrontación de los libros primeros de registro: Tomo 2 de 1969 y 1 de 1970-1971; Tomo 2 de 1967 y Tomo 1 de 1968-1969; Tomo 2 de 1965 y Tomo 1 de 1966-1967; Tomo 1 de 1964-1965 todos del municipio de Cajamarca del departamento del Tolima, mediante la revisión, verificación y confrontación de los libros primeros de registro, al igual que en el SIR, con un total de folios trabajadas en este periodo de 1999 en los cuales se encontraron y confrontaron de 2209 partidas, de las cuales 2099 corresponden al nuevo sistema, 107 del antiguo sistema y 3 folios en blanco, dando como resultado que del antiguo sistema se encontraron, 0 folios tramitado, 0 por tramitar, 107 no tramitados (1 por falta de información, 0 por falta de firma del registrador, 22 por falsa tradición, 0 (cero) por área agotada, 0 de otra ORIP Y 84 por otros aspectos dentro de los cuales está la falta de antecedente registral, considerando que la oficina de Cajamarca se abrió a partir de agosto de 1946, se dispone de libros de registro en el archivo de Cajamarca a partir de esta fecha y hacia atrás no es posible confrontarlos por no disponer de información en esta ORIP.

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

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 **FELIX MARIA CAMPOS CHAVES** identificado (a) con cedula de ciudadania No **14.220.267** de **IBAGUE** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **902** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **162524** CDP No **52224**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 4.521.300,00**

Valor en letras: **CUATRO MILLLONES QUINIENTOS VEINTIUN MIL TRECIENTOS PESOS M/CTE**

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	07	2024	**PAGO No.**	**JULIO**
	AL	31	07	2024	**06**	**JULIO**

Para constancia se firma en **CAJAMARCA** a los **01** días del mes de **AGOSTO** de **2024**

SUPERVISOR

Andrea Mora Silva

Firma Supervisor
ANDREA CATERINE MORA SILVA
PROFESIONAL.ESPECIALIZADO GRADO 20

CONTRATISTA

Firma Contratista
FELIX MARIA CAMPOS CHAVES
Cedula de Ciudadania No
14.220.267 **DE** IBAGUE

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

FORMATO 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 Agosto de 2024.

Atentamente,

NOMBRE: FELIX MARIA CAMPOS CHAVES

CC 14220267

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14220267		CAMPOS CHAVES FELIX MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19 # 14 95 Apto 302	IBAGUE-TOLIMA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	808555363	9469304223	I	2024/07/16	2024/07/30	BANCO CAJA SOCIAL	14	$238,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,808,520	$226,100			$0	$0			$1,808,520	$9,500		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,808,520	$226,100			$0	$0			$1,808,520	$9,500		$0	$0	
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$0	$0			$1,808,520	$226,100			$0	$0			$1,808,520	$9,500		$0	$0	
1	CC	14220267	CAMPOS FELIX		0	$0	$0	EPS005	30	$1,808,520	$226,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,808,520	$9,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,808,520	$226,100			$0	$0			$1,808,520	$9,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14220267		CAMPOS CHAVES FELIX MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 19 # 14 95 Apto 302	IBAGUE-TOLIMA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	808555363	9469304223	I	2024/07/16	2024/07/30	BANCO CAJA SOCIAL	14	$238,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$100	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$100	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,100	$2,400	$0	$228,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$226,100	$2,400	$0	$228,500
TOTAL				**1**	**$235,600**	**$2,500**	**$0**	**$238,100**

porvenir
sólo hay uno

547

11
4208014051132100

BOGOTÁ, 04 de septiembre de 2019

Señor(a)
FELIX MARIA CAMPOS CHAVES
fmcampos2008@gmail.com
411 1/5

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: VEJEZ
CC: 14.220.267
T.N. N.A
COR - BEN

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**.

Para nosotros su bienestar como pensionado y la tranquilidad de su familia es fundamental; por ese motivo trabajamos día a día en ofrecer alternativas que le brinden beneficios que mejoren su calidad de vida.

Una alternativa que cumple con este propósito es que el pago de su pensión se realice a través de la **modalidad de Renta Vitalicia**. Bajo esta modalidad, el monto de su mesada pensional se incrementará cada año con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado por el DANE[1]. Si el monto de la pensión equivale a un salario mínimo, se ajustará anualmente con el valor del salario mínimo que el Gobierno Nacional establezca.

En desarrollo de los deberes a cargo de esta Administradora y en general de los fondos privados de pensiones, debemos revisar permanentemente que su capital sea suficiente para financiar una mesada pensional de por lo menos un salario mínimo, contando con la facultad de contratar una Renta Vitalicia para mitigar el riego de descapitalización y de esa forma garantizar el incremento con IPC de sus mesadas.[2]

Por lo anterior, se llevó a cabo la cotización y contratación de una Póliza de Renta Vitalicia para el pago de su pensión, con la Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A.

A continuación, detallamos la información que usted debe conocer y los pasos que debe seguir:

¿Qué debe saber?

1. Lo invitamos a ingresar a la página www.segurosalfa.com.co para conocer información detallada de esta entidad.

¿Qué debe hacer?

La **Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A** iniciará el pago de sus mesadas antes del día 30 de septiembre de 2019, para lo cual usted debe radicar ante esta aseguradora los siguientes documentos:

---

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística
2. Artículo 81 Ley 100 de 1993, Reajuste mesadas y artículo 8 del Decreto 832 de 1994, control de saldos.

porvenir
sólo hay uno

1. Diligenciar el formato adjunto denominado **"Autorización de abono en cuenta bancaria de mesadas pensionales"** con el cual autoriza a Seguros de Vida Alfa S.A. a consignar su mesada pensional en la cuenta bancaria indicada por usted, de la cual debe ser el titular y anexar certificación bancaria o un documento expedido por el banco donde se visualice el número de su cuenta bancaria, con el fin de evitar inconvenientes al momento del pago. Es importante que este formato este completamente diligenciado.

2. Dirigirse a su Entidad Promotora de Salud (EPS) y actualizar su afiliación como pensionado a nombre de Seguros de Vida Alfa S.A NIT 860.503.617 y enviar una copia de esta afiliación a Seguros de Vida Alfa.

3. Diligenciar formato adjunto denominado "**Anexo de Pago de Mesada Pensional** mediante el cual se formaliza el contrato entre Seguros de Vida Alfa S.A y usted como pensionado.

4. Adjuntar fotocopia legible de la cédula, ampliada al 150%.

5. Una vez cuente con la toda documentación solicitada, le agradecemos radicarla en Seguros de Vida Alfa, en cualquiera de las siguientes oficinas:

- **Bogotá**
  Av. Calle 26 59-15, locales 6 y 7, edificio Avianca
  Teléfono: (1) 743 53 33
  CAD (recepción de doctos.)
  Carrera 10 # 18 – 36 P.4 Edificio José María Cordoba
- **Cali**
  Cra. 4 7-61, piso 5 Edificio Banco de Occidente
  PBX: (2) 485 05 17 FAX: (2) 485 05 17
- **Barranquilla**
  Calle 77b# 57 -103, Edificio Green Tower Oficina 602
  PBX: (5) 6930221 FAX: (5) 6930221
- **Medellín**
  Cra. 43 9 sur -195 Torre Square Oficina 1340
  PBX: (4) 604 34 85 FAX: (4) 604 34 85

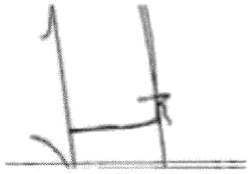
Es importante resaltar que el primer pago de la pensión por parte de Seguros de Vida Alfa, solo se realizará hasta tanto se entregue la totalidad de la documentación requerida.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en este proceso; si presenta alguna inquietud al respecto, lo invitamos a comunicarse con Seguros de Vida Alfa S.A. a la línea gratuita nacional 018000122532 o en Bogotá al número telefónico 3077032, opción 1.

porvenir
sólo hay uno

411 3/5

Cordialmente,



LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Servicio al Pensionado
LRR/U.I.P.
C.C. EXP. 240807
FTC-H0184

No permita que un tramitador le cobre comisiones y parte de su mesada o devolución de saldos en vano, pues en Porvenir sus trámites son tan fáciles y rápidos que no necesita un intermediario; **si alguien le cobra denúncielo** a nuestra auditoría interna: lineaetica@porvenir.com.co o al teléfono en Bogotá 3393000 Ext. 77777.

Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera 11A N° 96 - 51 oficina 203 en Bogotá, Teléfono: 6108161, defensoriaporvenir@ustarizabogados.com, quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita.

CP-324282

seguros de vida alfa s.a.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

NIT 860503617-3

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **CAMPOS CHAVES FELIX MARIA** identificado(a) con **CÉDULA** No.**14220267** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Septiembre** de **2019** .

Actualmente, **CAMPOS CHAVES FELIX MARIA** tiene derecho a recibir **NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS($955,141.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 31 días del mes de Marzo del año 2020

Dirección de Rentas Vitalicias.

Renta:106423

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14933947941

(415)7707212489984(8020) 000001493394794 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 2 2 0 2 6 7	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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 4 2 2 0 2 6 7	1 9 7 6 0 1 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMPOS	CHAVES	FELIX	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CL 19 14 95 AP 302 ALTOS DE SAN FELIPE

42. Correo electrónico: fmcampos2008@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 8 0 1 0 9	7 0 2 0	2 0 1 9 0 1 1 0	0 0 2 0		2 2 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 08 - 01 / 13 : 45: 25

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 CAMPOS CHAVES FELIX MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO