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 03 | Mes 09 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LUZ ESTRELLA RUIZ ESCOBAR						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	29.110.340	DE	CALI				
TELEFONO DE CONTACTO	311-3722594	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	ler.escobar1@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	luz.ruiz@supernotariado.gov.co						
BANCO	CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24068432128	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 1871 DE Año 2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 29.388.450,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 4.521.300,00

OBJETO DEL CONTRATO: El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, 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: DELEGADA_DE_TIERRAS.
Perfil: PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	SANTIAGO CAMPO VICTORIA
CARGO DEL SUPERVISOR	Asesor 1020-11 del Despacho Superintendente - Profesional

CDP No.	89324	CRP No.	365924
FECHA CDP	13/06/2024	FECHA CRP	17/06/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 18 | Mes 06 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	CALI
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA

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

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 19 | Mes 06 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 6 | DIAS 13

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: $ 4.521.300,00

COBRA CON FACTURA: No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 4.521.300,00

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	08	2024	PAGO No.	No DÍAS	MES A COBRAR	
AL	31	08	2024	03	30 (100%)	AGOSTO	AGOSTO

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)	227.700	COMFENALCO VALLE EPS	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	291.400	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	9.600	ARP SURA	0.522%
	TOTAL A PAGAR	$ 528.700	PLANILLA DE PAGO No.	79580972

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

		VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 29.388.450,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 1.808.520,00	$ 1.808.520,00	$ 27.579.930,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 6.329.820,00	$ 23.058.630,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 4.521.300,00	$ 10.851.120,00	$ 18.537.330,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 05	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 06	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 07	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 08	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 09	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 10	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 11	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 12	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -
PAGO 13	VALOR DEL PAGO		$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	08	2024		AGOSTO
	AL	31	08	2024	03	AGOSTO

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Hacer seguimiento y control de los términos de los procesos disciplinarios del Grupo Interno para el Contro y Vigilancia a los Curadores Urbanos, que le sean asignados en la etapa de instrucción, mediante acta de reparto.	1. Realicé sustanciación a expedientes e hice seguimiento y control de los términos de los procesos asignados por acta de reparto. Expedientes No. SDC-No- 000482-2024, SDC-No- 000483-2024, SDC-No- 000484-2024, SDC-No- 000485-2024 y SDC-No- 000487-2024.

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
2. Sustanciar e instruir, incluso practicar pruebas en el curso de los procesos disciplinarios en contra de los Curadores Urbanos y en general adelantar las actuaciones disciplinarias a las que haya lugar, respecto de los procesos asignados.	2. Realicé Sustanciación a expedientes asignados, solicité pruebas en las etapas previas ante los Curadores, secretaria de planeación y adelanté las actuaciones disciplinarias respecto de los procesos asignados por acta de reparto. Expedientes No. No. SDC-No- 000482-2024, SDC-No- 000483-2024, SDC-No- 000484-2024, SDC-No- 000485-2024 y SDC-No- 000487-2024.
3. Proyectar respuestas a las peticiones, quejas y reclamos que formulen los usuarios en relación con el serviciode los Curadores Urbanos, especialmente en lo que corresponda a los procesos asignados mediante acta de reparto.	3. No hay evidencia para el periodo objeto de cobro.
4. Proyectar los actos administrativos que resuelvan en fase de instrucción los procesos disciplinarios que se adelanten contra los Curadores, sin perjuicio del poder preferente que podrá ejercer la Procuraduría General de la Nación, especialmente en los procesos que le sean asignados.	4. Proyecté los actos administrativos que resuelvan en fase de instrucción los procesos disciplinarios que se adelanten contra los Curadores, sin perjuicio del poder preferente que podrá ejercer la Procuraduría General de la Nación, especialmente en los procesos asignados. Expedientes No. No. SDC-No- 000482-2024, SDC-No- 000483-2024, SDC-No- 000484-2024, SDC-No- 000485-2024 y SDC-No- 000487-2024.
5. Adelantar en asocio con el apoyo técnico, los tramites tendientes al cumplimiento de las decisiones proferidas como comunicaciones, notificaciones y demás actos para que cobren efectos jurídicos.	5. No hay evidencia para el periodo objeto de cobro.
6. Elaborar los estudios jurídicos y documentos necesarios que definan las actividades relacionadas con la orientación, inspección, vigilancia y control del servicio que prestan los Curadores Urbanos, de conformidad con los lineamientos establecidos por la Delegada, según se requiera.	6. No hay evidencia para el periodo objeto de cobro.
7. Mantener actualizado el Sistema de Información Disciplinario, para la conformación y custodia del archivo de procesos que cursan en la dependencia para dar cumplimiento a las normas de gestión documental.	7. Mantuve actualizado el Sistema de Información Disciplinario, para la conformación y custodia del archivo de procesos que cursan en la dependencia para dar cumplimiento a las normas de gestión documental. Cuadro Excel: Informe de procesos solicitados
8. Preparar, y presentar los informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requeridas para permitir evaluar la gestión de la dependencia.	8. Presenté los informes sobre las actividades desarrolladas para la evaluación de la gestión de la dependencia. Cuadro Excel: Informe de procesos solicitados
9. Proyectar actos administrativos que resuelvan recursos, derechos de petición y acciones de tutela que se interpongan y que sean de competencia del Grupo Interno para el Control y Vigilancia a los Curadores Urbanos, especialmente los que correspondan a los procesos asignados por reparto.	9. No hay evidencia para el periodo objeto de cobro.
10. Prestar en forma personal el servicio, por lo que no podrá subcontratar la labor contratada.	10. Presté en forma personal el servicio.
11. 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	11. Presenté la cuenta de cobro correspondiente al periodo 01 al 31 de agosto de 2024.
12. Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño	12. Atendí instrucciones del Dr. Carlos Mario Mora Varela para proyección de autos de apertura de Indagación Previa y anexo del acta de reparto por expediente. Atendí instrucciones de la Dra Ruth Yamilet Vargas Reyes para enviar informe de 10 expedientes asignados por reparto, indicando nombre del disciplinado, fecha de hechos, fecha de posibles prescripciones (antiguos y nuevos expediente, actuaciones realizadas a cada uno, procesos en los que se ha oficiado para recaudo probatorio y decisiones en expedientes nuevos, indagación previa e investigación disciplinaria). Asistí a 3 reuniones virtuales con el fin de atender nuevos lineamientos

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

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

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

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

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **LUZ ESTRELLA RUIZ ESCOBAR** identificado (a) con cedula de ciudadania No **29.110.340** de **CALI** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1871** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **365924** CDP No **89324**

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

Valor en letras: **CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	08	2024		AGOSTO
	AL	31	08	2024	03	AGOSTO

Para constancia se firma en **CALI** a los **03** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
SANTIAGO CAMPO VICTORIA
Asesor 1020-11 del Despacho Superintendente - Profesional

CONTRATISTA

Firma Contratista
LUZ ESTRELLA RUIZ ESCOBAR
Cedula de Ciudadania No
29.110.340 **DE** CALI

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 septiembre de 2024.

Atentamente,



LUZ ESTRELLA RUIZ ESCOBAR

CC 29.110.340 de Cali

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	29110340	LUZ ESTRELLA RUIZ ESCOBAR	CALLE 39 # 49B-10	4423982	ler.escobar1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	21/08/2024	79580972	$528.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	226.100	0		0		0	9	1.600	0	227.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	289.400	0	0	0	0	9	2.000	0	291.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.500				9.500	9	100	9.600			95	9.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	226.100	227.700
Pensión	1	289.400	291.400
Riesgos Laborales	1	9.500	9.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	525.000	528.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	29110340	LUZ ESTRELLA RUIZ ESCOBAR		CALLE 39 # 49B-10	4423982	ler.escobar1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	21/08/2024	79580972	$528.700	

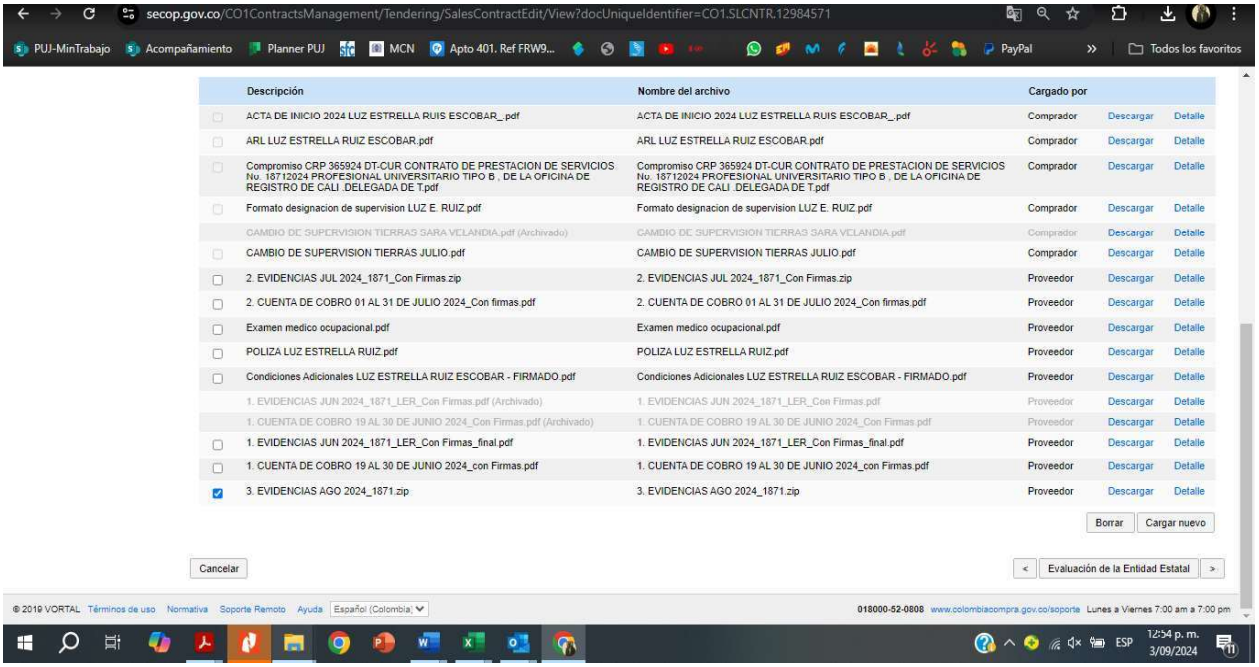
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	29110340	RUIZ ESCOBAR LUZ ESTRELLA	59	0			N																	230201	1.808.400	289.400	0	0	0	0	EPS012	1.808.400	226.100	14-11	1.808.400	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

4. Captura de pantalla evidencias AGOSTO de 2024



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14942914029

(415)7707212489984(8020) 000001494291402 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 9 1 1 0 3 4 0	7	Impuestos de Cali 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 9 1 1 0 3 4 0	1 9 9 7 0 4 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	ESCOBAR	LUZ	ESTRELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CL 39 41 B 10 P 2

42. Correo electrónico: ler.escobar1@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 3 7 2 2 5 9 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
9 0 0 7	2 0 2 3 0 8 3 1	8 2 1 1	2 0 2 3 0 8 3 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

	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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 08 - 31 / 14 : 04: 26

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 RUIZ ESCOBAR LUZ ESTRELLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO