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 20 | Mes 11 | Año 2024

11

CONTRATISTA	ANDRES CAMILO GIL SALAZAR						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	80.657.192	DE	FUNZA				
TELEFONO DE CONTACTO	310-3171432	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	nicolascamilogilfernandez@gmail.com.co						
E-MAIL INSTITUCIONAL	andres.gil@SUPERNOTARIADO.GOV.CO						
BANCO	BANCO CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24137480720	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 2249 DE Año 2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 12.492.960,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 3.123.240,00

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.
PERFIL: Técnico administrativo tipo B
DEPENDENCIA: Dirección Administrativa y Financiera – Grupo de Gestión Documental.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	JOHANNA ANDREA RODRIGUEZ HERRERA
CARGO DEL SUPERVISOR	ASESOR 1020-14

CDP No.	81724	CRP No.	534424
FECHA CDP	7/05/2024	FECHA CRP	24/09/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 27 | Mes 09 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	FUNZA
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

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

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO: Día 30 | Mes 09 | Año 2024

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 3 | DIAS 1

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: $ 3.123.240,00

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 3.123.240,00

COBRA CON FACTURA

No de factura

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año				
DEL	01	11	2024	PAGO No.	No DÍAS		MES A COBRAR
AL	30	11	2024	03	30	100%	NOVIEMBRE

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

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

2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

	Valor del Pago	Razon Social	Aporte
1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS)	162500	FAMISANAR EPS	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	208000	PORVENIR	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	6800	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 377.300 **PLANILLA DE PAGO No.** 9476816170

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 12.492.960,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 104.108,00	$ 104.108,00	$ 12.388.852,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.123.240,00	$ 3.227.348,00	$ 9.265.612,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3.123.240,00	$ 6.350.588,00	$ 6.142.372,00
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	11	2024		NOVIEMBRE
AL	30	11	2024	03	NOVIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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

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

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Presentar el informe de ejecución contractual y cuenta de cobro de manera mensual, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual**
2. Concertar previo inicio de cada periodo mensual con la Coordinación del Grupo de Gestión Documental, el cronograma de actividades a desarrollar.	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual**
3. Apoyar las actividades para la clasificación, organización, digitalización y levantamiento de inventarios documentales de archivos de acuerdo con el ciclo vital del documento aplicando las Tablas de Retención Documental de la Entidad.	**Elaboración de inventario descriptivo del Fondo acumulado Jurídica (5cajas diarias). (Evidencia 1)**
4. Brindar apoyo en los procesos de selección, ordenación, identificación de fondos acumulados documentales, preparación de traslados, transferencias documentales, eliminaciones documentales en archivos de gestión y central, de acuerdo con procedimientos archivísticos establecidos.	**Traslado cajas x300 de fondo no acumulado de juridica de primer piso a bodega (84 cajas). Traaslado cajas x300 de fondo no acumulado a estanteria 2do piso (84 cajas), fondo acumulado bodega 3 piso juridica (150 cajas), primer piso a bodega 2do piso juridica (186 cajas). (Evidencia 2).**
5. Apoyar la recolección de datos para la elaboración de diagnósticos integrales de archivos y documentos relacionados con el estado y mejoramiento de la gestión documental de la SNR	**No se requirió esta actividad para el mes de octubre.**
6. Recibir y ubicar unidades documentales cajas X 300, X-200 o X-100 como producto de las transferencias documentales al archivo central de la Entidad	**No se requirió esta actividad para el mes de octubre.**
7. Brindar apoyo en la elaboración de los instructivos, protocolos y demás documentos que se requieran en cada una de las etapas del Archivo Central	**No se requirió esta actividad para el mes de octubre.**

8. Apoyar al grupo de gestión documental en las funciones administrativas a su cargo (solicitud, revisión, validación y corrección de los documentos para trámite precontractual y demás)	**No se requirió esta actividad para el mes de octubre.**
9. Asistir a las sensibilizaciones y capacitaciones ofrecidas por la entidad sobre los temas relacionados con el objeto del contrato	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual.**
10. Participar de ser requerido en las reuniones y mesas de trabajo del Grupo de Gestión Documental, y entregar las tareas asignadas.	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual.**
11. Entregar los documentos que integren la ejecución del presente contrato, con sus antecedentes, borradores, datos o procedimientos a la SNR.	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual.**
12. Cuidar, proteger y guardar la reserva de los documentos que sean manipulados, seleccionados, organizados y puestos en recepción para disposición final en razón de las actividades de gestión documental encomendadas, bajo los principios de la ética profesional.	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual.**
14. Las demás funciones que el supervisor del contrato considere pertinentes, con forme a la naturaleza del mismo.	**Se está dando cumplimiento a esta obligación contractual.**

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

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 **ANDRES CAMILO GIL SALAZAR** identificado (a) con cedula de ciudadania No **80.657.192** de **FUNZA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **2249** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **534424** CDP No **81724**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 3.123.240,00**

Valor en letras: TRES MILLONES CIENTO VEINTITRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/C

		Día	Mes	Año		
PERIODO DE PAGO	**DEL**	01	11	2024	**PAGO No.**	**NOVIEMBRE**
	AL	30	11	2024	**03**	**NOVIEMBRE**

Para constancia se firma en **FUNZA** a los **20** días del mes de **NOVIEMBRE** de **2024**

SUPERVISOR



Firma Supervisor
JOHANNA ANDREA RODRIGUEZ HERRERA
ASESOR 1020-14

CONTRATISTA



Firma Contratista
ANDRES CAMILO GIL SALAZAR
Cedula de Ciudadania No
80.657.192 **DE** FUNZA

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, parágrafo 2 del artículo 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_X__ NO___ (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_X_NO___,

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 20 días del mes de noviembre del 2024

Atentamente,



NOMBRE: ANDRES CAMILO GIL SALAZAR

CC 80657192

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.073.175.017

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152551531

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J X R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE MADRID - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - MADRID

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GIL	FERNANDEZ

Nombre(s): ISABELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes DIC Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente (Certificado nacido vivo)	Identificación del nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	1383814[illegible]-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: FERNANDEZ RODRIGUEZ NOHORA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.880.621	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GIL SALAZAR ANDRES CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.657.192	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FERNANDEZ RODRIGUEZ NOHORA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 52.880.621	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes DIC Día 22	PEDRO MIGUEL MORA CORTES - REGI

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FOTOCOPIA AUTENTICA TOMADA DEL ORIGINAL
ART. 114,115 Y 117 DEL DEC 1260 DEL 1970 Y ART 1
DEL DEC 2782/62 ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA
DE VENCIMIENTO ART. 2° DEL DEC 2100/83
EXPEDIDO EN MADRID CUNDINAMARCA

FECHA: 22 DIC 2015

PEDRO MIGUEL MORA CORTES
JUEZ MUNICIPAL DE MADRID

ORIFXPRESS SAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1034784799

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50500842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [ ] Notaría [X] Número 61 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GIL	FERNANDEZ

Nombre(s): NICOLAS CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes SEP Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente y Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10845964-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: FERNANDEZ RODRIGUEZ NOHORA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52880621 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GIL SALAZAR ANDRES CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80657192 DE FUNZA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GIL SALAZAR ANDRES CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80657192 DE FUNZA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes SEP Día 23	PABLO FERNANDEZ BARAJAS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
V 99 F 181 Firma	PABLO FERNANDEZ BARAJAS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ENMENDADOS SALAZAR SI VALEN

PABLO FERNANDEZ BARAJAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

© RESERVADA E.A. NIT. 899.821.161-9 10012251

Powered by CamScanner

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 80657192		GIL SALAZAR ANDRES CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 20 - 36 1 PISO	MADRID-CUNDINAMARCA	3103171432	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	38180994	9476816170	I	2024/11/25	2024/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: MADRID Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 80657192	GIL ANDRES	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$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 80657192		GIL SALAZAR ANDRES CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 20 - 36 1 PISO	MADRID-CUNDINAMARCA	3103171432	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	38180994	9476816170	I	2024/11/25	2024/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FORMATO ACTA DE INICIO 2249-2024 ANDRES CAMILO GIL SALAZAR.pdf	FORMATO ACTA DE INICIO 2249-2024 ANDRES CAMILO GIL SALAZAR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 534424 DAF-GD - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2249_2024 - TECNICO ADMINISTRATIVO TIPO B..pdf	Compromiso 534424 DAF-GD - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2249_2024 - TECNICO ADMINISTRATIVO TIPO B..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2249 OFICIO SUPERVISION ANDRES CAMILO GIL.pdf	2249 OFICIO SUPERVISION ANDRES CAMILO GIL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL ANDRES CAMILO GIL SALAZAR.pdf	ARL ANDRES CAMILO GIL SALAZAR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	19. CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL 80657192.pdf	19. CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL 80657192.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME PERIODO DEL 01 AL 31 OCTUBRE DE 2024- CTO 2249_2024ANDRES GIL (1) pdf (1).pdf (Archivado)	INFORME PERIODO DEL 01 AL 31 OCTUBRE DE 2024- CTO 2249_2024ANDRES GIL (1) pdf (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	evidencias contrato 2249-2024.zip (Archivado)	evidencias contrato 2249-2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 1 AL 30 DE OCTUBRE DE 2024.zip	EVIDENCIAS DEL 1 AL 30 DE OCTUBRE DE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME PERIODO DEL 01 AL 30 OCTUBRE DE 2024.pdf	INFORME PERIODO DEL 01 AL 30 OCTUBRE DE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME PERIODO 30 SEPTIEMBRE DE 2024- CTO 2249_2024ANDRES GIL.pdf	INFORME PERIODO 30 SEPTIEMBRE DE 2024- CTO 2249_2024ANDRES GIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 30 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.zip	EVIDENCIAS DEL 30 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL 30 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024-CTO 2249_2024 ANDRES CAMILO GIL SALAZAR (1).pdf	CUENTA DE COBRO DEL 30 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024-CTO 2249_2024 ANDRES CAMILO GIL SALAZAR (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO 01 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2024-CTO 2249_2024 ANDRES CAMILO GIL SALAZAR (2).pdf	CUENTA COBRO 01 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2024-CTO 2249_2024 ANDRES CAMILO GIL SALAZAR (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME PERIODO DEL 01 AL 20 NOVIEMB DE 2024- CTO 2249_2024 ANDRES GIL.pdf	INFORME PERIODO DEL 01 AL 20 NOVIEMB DE 2024- CTO 2249_2024 ANDRES GIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DEL 01 AL 20 DE NOVIEMBRE DE 2024.zip	EVIDENCIAS DEL 01 AL 20 DE NOVIEMBRE DE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0][1] Inscripción

4. Número de formulario: 141115096278

(415)7707212489984(8020) 000014111509627 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
8 0 6 5 7 1 9 2	7	3 2	

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	80657192	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIL	SALAZAR	ANDRES	CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Madrid 4 3 0

41. Dirección principal: CL 2 20 36

42. Correo electrónico: nicolascamilogilfernandez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 1 7 1 4 3 2	

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 1 1	2 0 2 4 0 8 1 4							

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
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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2024 - 08 - 14 / 09 : 14: 17

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: VANEGAS ROA MARIA JEANNETTE

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF. 14-08-2024 09:15:15AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner