SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO	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 09 | Mes 12 | Año 2024

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	24.717.734	DE	LA DORADA				
TELEFONO DE CONTACTO	313-7217283	FIJO		EXT.			
E-MAIL PERSONAL	lkdeviaromero@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	leydi.devia@supernotariado.gov.co						
BANCO	CAJA SOCIAL	No DE CUENTA	24054519691	C.A.	X	C.C.	

CONTRATO ACTUAL: No 1777 DE Año 2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 23.684.895,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 3.643.830,00

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: Profesional Universitario Tipo A

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	JOSE GREGORIO SEPULVEDA YEPES
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADOR JURIDICO

CDP No.	38924	CRP No.	342024
FECHA CDP	10/01/2024	FECHA CRP	4/06/2024

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 04 | Mes 06 | Año 2024

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	BOGOTA D.C
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 30 | Mes 12 | Año 2024

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

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 6 | DIAS 15

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	$ 2.429.220,00	COBRA CON FACTURA	No de factura
VALOR TOTAL # DE DIAS	$ 2.429.220,00		

	Día	Mes	Año				MES A COBRAR
PERIODO DE PAGO DEL	01	12	2024	PAGO No.	No DÍAS		DICIEMBRE
AL	20	12	2024	07	20	67%	DICIEMBRE

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)	182200	EPS SANITAS SA	12.5%
2.	FONDO DE PENSIÓN	233300	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES	16%
3.	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	7700	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	0.522%

TOTAL A PAGAR $ 423.200 **PLANILLA DE PAGO No.** 7949995581-7951940083

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 23.684.895,00

			VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO	$ 3.036.525,00	$ 3.036.525,00	$ 20.648.370,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO	$ 3.643.830,00	$ 6.680.355,00	$ 17.004.540,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	$ 3.643.830,00	$ 10.324.185,00	$ 13.360.710,00
PAGO 04	VALOR DEL PAGO	$ 3.643.830,00	$ 13.968.015,00	$ 9.716.880,00
PAGO 05	VALOR DEL PAGO	$ 3.643.830,00	$ 17.611.845,00	$ 6.073.050,00
PAGO 06	VALOR DEL PAGO	$ 3.643.830,00	$ 21.255.675,00	$ 2.429.220,00
PAGO 07	VALOR DEL PAGO	$ 2.429.220,00	$ 23.684.895,00	$ -
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		
	DEL	01	12	2024	PAGO No.	DICIEMBRE
	AL	20	12	2024	07	DICIEMBRE

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Efectuar la calificacion de los documentos objeto de registro de todo de acto jundico que ingrese a la oficina de registro de instrumentos publicos a la que es asignado, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable. 2. El contratista debera calificar diariamente como minimo 27 documentos. De darse el caso de no ser posible la asignacion de ese numero de documentos, teniendo en cuenta el ingreso de tramites diarios a la oficina de registro de instrumentos publicos, este debera calificar diariamente la totalidad de los documentos que ingresen. 3. Verificar la liquidacion de los derechos e impuestos de registro, para dar estricto cumplimiento a las tarifas establecidas por la normatividad.	Durante el presente mes se calificaron los documentos que se asignaron diariamente.

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
4. Realizar el autocontrol del proceso de calificacion y adelantar el procedimiento establecido para que se realicen las correcciones internas que sean necesarias, de acuerdo con los parametros establecidos en la normatividad vigente. 5. Generar notas devolutivas, rechazando la inscripcion del documento y emitiendo la devolucion, de acuerdo con la normatividad establecida cuando sea necesario. La nota devolutiva debera estar debidamente justificada e incluir la totalidad de las causales por la cuales se produjo la negacion de la inscripcion. 6. Dar debido manejo a las contrasenas y usuarios que le sean asignados y guardar estricta reserve de la informacion a la cual tenga acceso en razon de sus funciones. 7. Asistir a las reuniones y capacitaciones a las cuales sean convocados. 8. Presentar un informe diario a su supervisor o, a la persona designada para dichos efectos, con los documentos calificados en la jornada. 9. Sin perjuicio de lo senalado en el numeral 2 de la presente clausula, durante el primer mes de vigencia del contrato, atendiendo al proceso de capacitacion que se adelantara en este periodo, el contratista debera calificar el numero de documentos que le sean asignados con aumentc progresivo hasta llegar al cumplimento de la meta diaria. 10. Las demas que le sean asignadas en virtud del objeto contractual.	Donde se realizaron, actuacines de cancelacin de hipoteca, hipotecas, embargos, compraventas, nota devolutivas, entre otros

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 **LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO** identificado (a) con cedula de ciudadania No **24.717.734** de **LA DORADA** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1777** de **2024** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **342024** CDP No **38924**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.429.220,00**

Valor en letras: DOS MILLONES CUATROSCIENTOS VEINTI NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS CON 00 CTAVOS

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	12	2024		DICIEMBRE
	AL	20	12	2024	07	DICIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTA D.C** a los **09** días del mes de **DICIEMBRE** de **2024**

SUPERVISOR

Firma Supervisor
JOSE GREGORIO SEPULVEDA PEPES
COORDINADOR JURIDICO

CONTRATISTA

Firma Contratista
LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO
Cedula de Ciudadania No
24.717.734 **DE** LA DORADA

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

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24717734
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CR 102 # 155-50	TELÉFONO:	8572132
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7951940083**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1102851540	

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	$ 233.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 233.300	$ 0	$ 233.300
SUBTOTALES:										**$ 233.300**	**$ 0**	**$ 233.300**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 182.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 182.200	$ 0	$ 0	$ 182.200
SUBTOTALES:													**$ 182.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 182.200**

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	$ 7.700	$ 7.700	$ 0	$ 0	$ 7.700
SUBTOTALES:									**$ 7.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24717734	DEVIA ROMERO LEYDI KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.457.532				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.457.532	$ 233.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.457.532	$ 182.200	$ 0	$ 182.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.457.532	24717734	$ 7.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 423.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24717734
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEYDI KATHERINE DEVIA ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA DORADA	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CR 102 # 155-50	TELÉFONO:	8572132
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7949995581**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1102179758

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	$ 233.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 233.300	$ 0	$ 233.300
SUBTOTALES:										**$ 233.300**	**$ 0**	**$ 233.300**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 182.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 182.200	$ 0	$ 0	$ 182.200
SUBTOTALES:													**$ 182.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 182.200**

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	$ 7.700	$ 7.700	$ 0	$ 0	$ 7.700
SUBTOTALES:									**$ 7.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD					ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 24717734	DEVIA ROMERO LEYDI KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.457.532				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.457.532	$ 233.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.457.532	$ 182.200	$ 0	$ 182.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.457.532	24717734	$ 7.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 423.200**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141039201064

(415)7707212489984(8020) 000014103920106 4

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DEVIA	ROMERO	LEYDI	KATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 18 SUR 12 A 11

42. Correo electrónico: lkdeviaromero@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 7 2 1 7 2 8 3	

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 9 9	2 0 0 8 0 3 1 9	4 7 9 9	2 0 2 0 1 1 0 2					

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 05 - 08 / 20 : 11: 57

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 DEVIA ROMERO LEYDI KATHERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 Diciembre de 2024.

,

