ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/19

mauContrato No.	ADRES-CPS-248-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Sandra Ximena delgadillo rojas		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Mauricio paez	**Teléfono / Extensión**	3112463072
Dependencia	Direccion de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan.		
Fecha de Inicio	14/07/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	14/07/2020	**Hasta**	31/07/2020
Adición y/o Prórroga	NA			
Suspensión	NA			
Cesión	INA			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Llevar a cabo la verificación de los soportes aportados en las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, en concordancia con la normativa vigente	se realiza archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva s_3846 consistencia de urgencias se realizan de este archivo 344, item se inicia el 22 de julio hasta el 28 de julio se realiza capacitación el dia 28 de julio para iniciar archivo pertinencia de reclamaciones y se distribuye archivo el 29 de julio se realizan de ese archivo 218 item del archivo distribución nueva s_3846	Se entrego base de Excel con reclamacines realizadas a la jefe Yohana, se anexa archivo de reclamaciones 1156 ITEM	NA
2	Realizar la verificación de los soportes aportados enlas solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	En el periodo ejecutorio de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	NA	NA

3	Verificar la aplicación de los criterios de auditoría señalados en el marco normativo y los manuales correspondientes, validando la calidad del conjunto de recobros y/o reclamaciones que correspondan a la muestra seleccionada de los paquetes auditados directamente por la Entidad o por los terceros contratados para el trámite de las cuentas por servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	VERIFICACION DE ACUERDO 2423 Y VERIFICACION DE LA MATRIZ HERRAMIENTAS ECAT ACTUALIZADO _2020, para reclamaciones	1156 item verificados	NA
4	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo	se realiza archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva s_3846 consistencia de urgencias se realizan de este archivo, 344 item se inicia el 22 de julio hasta el 28 de julio se realiza capacitación el dia 28 de julio para iniciar archivo pertinencia de reclamaciones y se distribuye archivo el 29 de julio se realizan de ese archivo 218 item del archivo distribución nueva s_3846	1156 item verificados	NA
5	Analizar y documentar de los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de	En el periodo ejecutorio de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	NA	NA

	retroalimentación a los auditores de recobros y/o reclamaciones			
6	. Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría	En el periodo ejecutorio de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	NA	NA
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento	Se realiza quiz de conocimiento reclamaciones 16 de julio a cargo de la jefe Yohana Cardona	Se adjunta pantallazo	NA
8	. Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.	En el periodo ejecutorio de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	NA	NA
9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros y/o reclamaciones verificados	Se realzia respectiva auditoria contra manual tarifario para su ejecución archivo distribución nueva s _3846	1156 item verificados	NA
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los	En el periodo ejecutorio de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	NA	NA

	paquetes verificados.			
11	.Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones	se realiza archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva s_3846 consistencia de urgencias se realizan de este archivo 344 item se inicia el 22 de julio hasta el 28 de julio se realiza capacitación el dia 28 de julio para iniciar archivo pertinencia de reclamaciones y se distribuye archivo el 29 de julio se realizan de ese archivo 218 item del archivo distribución nueva s_3846	1156 item verificados	NA
12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas	Capacitación 30 de julio distribución_nvas _grupo 2_ consistencia, para auditoria, capacitación de pertienencia	Se adjunta pantallazo de capacitación	NA
13	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de verificación de la calidad auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo	se realiza archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva s_3846 consistencia de urgencias se realizan de este archivo, 344 item se inicia el 22 de julio hasta el 28 de julio se realiza capacitación el dia 28 de julio para iniciar archivo pertinencia de reclamaciones y se distribuye archivo el 29 de julio se realizan de ese archivo 218 item del archivo distribución nueva s_3846	1156 item verificados se cumple lameta diaria de 180	
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	En el periodo ejecutorio de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	NA	NA

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Sandra Ximena delgadillo

_____ _____

Firma del Contratista
Fecha: 3/08/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
21.387.444	**0**	**2.019.925**	**0**	**19.432.678**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Incluir valor en LETRAS ($ Dos millones diecinueve mil novecientos veinticinco pesos m/cte

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud			Incluir fecha	Incluir fecha	Incluir fecha
Pensión			Incluir fecha	Incluir fecha	Incluir fecha
ARL			Incluir fecha	Incluir fecha	Incluir fecha

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información

ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común). 4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención. 5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Mauricio paez
Supervisor o interventor

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, DC 03 DE AGOSTO DE 2020

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 03 de agosto de 2020

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: sandraximena delgadillo rojas

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52,860,133

CONTRATO No.: ADRES-CPS-248 de 2020

OBJETO: Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14 de Julio de 2020 **HASTA:** 31 de julio de 2020

LA SUMA DE: (Dos millones diecinueve mil novecientos veinticinco pesos m/cte) $2.019.925

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: CALLE 43 A SUR No 11 B-05

TELÉFONO: 3213460496

Sandra Ximena delgadillo

FIRMA
C.C 52860133

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Sandra Ximena delgadillo rojas	52860133

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMÚN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica _ 8299 __ Tarifa ICA __ 9.66 ___

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-248-2020

Fecha de Inicio: 14/07/2020 Fecha de Terminación: 31/07/2020

Valor total del Contrato: $21.387.444 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 3.564.574

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación XXXX de XXXX según certificación del año 2019; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. XXXX, del Banco XXXX a la cual consigno mensualmente la suma de ($ XXXX), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias XXXX la suma de ($XXXX), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

---

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada XXXX la suma de ($XXXX), (anexar certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales.

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma Sandra Ximena Delgadillo

Cédula de ciudadanía 52860133
Bogotá D.C. 03/08/2020

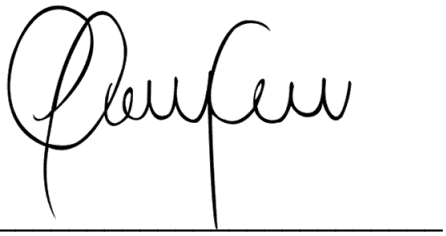
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANDRA XIMENA DELGADILLO ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.860.133**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT.830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112782 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.14713

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 22-may-2018 **HORA** 16:14:17
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Sandra Ximena Delgadillo Rojas
Edad 35 años 4 meses 10 dias
Documento de Identificación: CC Número: 52860133
Cargo AUDITORIA MEDICA

RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones SANA, APTA PARA CARGO DE ANALISTA . MEDICINA PREVENTIVA: 1/ Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2. / Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 3/ Hábitos alimenticios saludables, comer a horarios. 4/ Pausas activas generalizadas de predominio en manos con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/ Pausas visuales cada 3 horas si está expuesto a permanecer prolongadamente frente a un equipo de cómputo 6/ Para postura sentado se recomienda la altura de la superficie de trabajo debe estar acorde con la silla que va autilizar, mantener los codos a 90 grados y las rodillas, por lo cual es necesario organizar la altura de la silla con respecto al escritorio.
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: Normal / OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

- ☐ vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

Tipo de Restriciones:

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bípeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Moviminetos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma
Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM. Lic.SO: 15344

Trabajador

Firma
Nombre: Sandra Ximena Delgadillo Rojas
CC N° 52860133

Huella

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SANDRA XIMENA DELGADILLO ROJAS identificado(a) con CC 52860133 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° INDEPENDIENTE

Fecha de Activación de Servicios:	**01/12/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26**
Categoría:	**A**

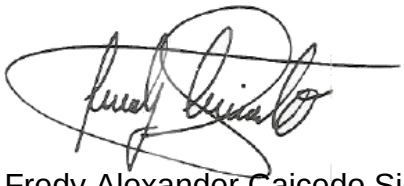
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 26 días del mes de junio del año 2020 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14690724638

(415)7707212489984(8020) 000001469072463 8

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

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 1 3	5 2 8 6 0 1 3 3	2 0 0 1 0 1 1 8

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DELGADILLO	ROJAS	SANDRA	XIMENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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 43 A SUR 12 59

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
caximenadelgadillo@gmail.com		7 9 7 4 7 3 9	3 2 1 3 4 6 0 4 9 6

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
6 5 2 1	2 0 0 7 0 1 0 5	7 0 2 0	2 0 0 7 0 1 0 1		

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

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: 2 0 2 0 0 4 2 7

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 DELGADILLO ROJAS SANDRA XIMENA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO