1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:		**CD-PS-MB-117-2025**	Del Año:	**2025**	
CONTRATISTA	**ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS**	**C.C./ C.E. No.**	**73.194.535**		
SUPERVISOR	**SECRETARIO DE HACIENDA**	**NOMBRE**	**IVAN DEL REAL HERNANDEZ**		
No CDP	**0052 de marzo 26 de 2025**	**No. RP**	**0182 de abril 15 de 2025**		
TIPO DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS**	**VALOR TOTAL**	**$52.000.000**		
FECHA DE INICIO	**15 de abril de 2025**	**PAGO PARCIAL**	**$10.400.000**		
FECHA TERMINACIÓN	**15 de septiembre de 2025**	**CICLO**	**1 de 5**		

PERIODO DEL INFORME	**Desde**	**15** (Día)	**04** (Mes)	**2025** (Año)	**Hasta**	**15** (Día)	**05** (Mes)	**2025** (Año)

2. OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR AUDITORIA AL MANEJO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES- SGP, VIGENCIA 2024 QUE ADMINISTRA EL MUNICIPIO DE MARÍA LA BAJA, INCLUYENDO LOS RECURSOS RECIBIDOS Y ADMINISTRADOS PARA EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN LA ANTERIOR VIGENCIA FISCAL.

3. DETALLE DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No.	OBLIGACIÓN ESPECÍFICA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	AVANCE/ ESTADO DE EJECUCIÓN
1	Apoyar la auditoria al manejo de los recursos del sistema general de participaciones de la vigencia 2024.	➢ Durante el periodo reportado apoyé en la organización de documentos soportes relacionados con la ejecución de los recursos del SGP, previo a la auditoría. ➢ En el periodo reportado participé en reuniones y brinde asesoría financiera para la recopilación de documentos previos a la auditoria.	25%
2	Apoyar la proyección y organización de la información que debe remitirse a los órganos de control sobre el manejo de recursos del Sistema General de Participaciones.	➢ Apoyé en la organización consolidación y clasificación de la información financiera, contractual y operativa relacionada con el manejo de los recursos del SGP de la vigencia 2024. ➢ Elaboré cuadros, informes diagnósticos previos a la auditoria. ➢ Verifiqué la coherencia y consistencia de la información de 5 contratos con las diferentes modalidades de contratación cargados en la plataforma SECOP II de la vigencia 2024.	25%
3	Poner a disposición de la Secretaría de Hacienda Municipal un informe del manejo de los recursos asignados para el Programa de Alimentación Escolar.	➢ Realice socialización con las áreas responsables el suministro de información del diagnóstico producto de la verificación de los expedientes digitales y físicos. ➢ Realicé recolección y analicé la información financiera y contractual relacionada con el PAE - contrato SA-MC-MB-0044-2024.	**25%**

4	Cumplir con las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.	➢ Revisé el comportamiento presupuestal, ejecución de recursos y cumplimiento de metas del programa. ➢ Desarrollé mesas de trabajo y estuve en permanente comunicación con el supervisor del contrato para reportar avances y atender las debilidades encontradas. ➢ Realicé 2 (dos) mesas de trabajo donde se socializaron las observaciones encontradas en la revisión de los contratos: ✓ CD-OP-006-2024 ✓ SA-MC-MB-0044-2024 ✓ LP-003-2024 ✓ CD-OP-005-2024 ✓ CD-OP-004-2024	**25%**

4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el SECOP II, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social, para gestionar el pago del periodo. *(Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).*

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES	
APORTE A SALUD	Periodo de cotización		04-2025
	Fecha de pago	02-05-2025	12-05-2025
	Nº de Planilla	7969459587	7967074041
	Ingreso Base de Cotización		$ 4.400.000
	Valor cotizado	$ 290.000	$ 260.600
	EPS	SALUD TOTAL	
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización		04-2025
	Fecha de pago	02-05-2025	12-05-2025
	Nº de Planilla	7969459587	7967074041
	Ingreso Base de Cotización		$ 4.400.000
	Valor cotizado	$ 371.200	$ 333.500
	Fondo de Pensiones	COLPENSIONES	
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización		04-2025
	Fecha de pago		02-05-2025
	Nº de Planilla		7969459587
	Ingreso Base de Cotización		$ 4.400.000
	Valor cotizado		$ 24.300
	A.R.L.	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	
VALOR TOTAL PAGADO			**$1.279.600**

5. OBSERVACIONES

1. Para la validación del presente Informe de actividades el Contratista deberá remitir la información solicitada al respectivo Supervisor del contrato, a la dirección electrónica institucional gobierno@marialabaja-bolivar.gov.co.

2. Para el trámite del presente informe de actividades, el contratista deberá presentar como anexos:

   2.1. Cuenta de cobro
   2.2. Planilla de pago de seguridad social correspondiente
   2.3. Certificación bancaria actualizada
   2.4. Los documentos adjuntos, deberán cargarse en un único archivo PDF
   2.5. Para unificar los archivos en PDF ir al siguiente link: https://www.ilovepdf.com/es/unir_pdf

3. El Supervisor validará la información por cada uno de los contratistas y enviará los documentos relacionados a la dirección electrónica del remitente, en caso de que el informe no se encuentre en estado APROBADO, deberá subsanar las observaciones realizadas y reenviar al Supervisor.

4. Una vez validado el informe en estado APROBADO, el contratista deberá cargar en la plataforma SECOP II el archivo PDF unificado.

6. VALIDACIÓN DEL INFORME

VALIDADO	SÍ:	NO:	
OBSERVACIONES:			
Nombre del contratista	ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS	**Nombre del Supervisor**	IVAN DEL REAL HERNANDEZ
Firma del Contratista		Firma del supervisor	

Para constancia, se firma el presente informe a los DIESISEIS (16) de JUNIO de 2025

María la baja Bolívar, junio 16 de 2025

CUENTA DE COBRO No. 001/2025 (1/5)

ALCALDÍA DE MARÍA LA BAJA - BOLÍVAR
NIT 800.095.466

DEBE A:

ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS
C.C. 73.194.535

La suma de: $10.400.000
En letras: Diez millones cuatrocientos mil pesos m. cte

Por Concepto: Contratar la prestación de servicios profesionales especializados de apoyo a la gestión para realizar auditoria al manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones- SGP, vigencia 2024 que administra el municipio de maría la baja, incluyendo los recursos recibidos y administrados para el programa de alimentación escolar en la anterior vigencia fiscal.

Período: 15 de abril de 2025 – 14 de mayo de 2025.

ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS
C. C. No 73.194.535

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73194535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS
CIUDAD.MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CL LETICIA 44C -34	TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - AND
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7969459587	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1449410432

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	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.200	$ 0	$ 371.200
SUBTOTALES:										**$ 371.200**	**$ 0**	**$ 371.200**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 290.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.000	$ 0	$ 0	$ 290.000
SUBTOTALES:													**$ 290.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 290.000**

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	$ 24.300	$ 24.300	$ 0	$ 0	$ 24.300
SUBTOTALES:									**$ 24.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 24.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																									
N°	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 73194535	ROJAS RAMOS ENOC ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.320.000				NO								01-30									25-14 COLPENSIONES	X	$ 2.320.000	$ 371.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 371.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.320.000	$ 290.000	$ 0	$ 290.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.320.000	73194535	$ 24.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 685.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	73194535
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CL LETICIA 44C -34	TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - CONTRATO UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7967074041			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD.	MES	abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	3						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1475802605		

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	$ 332.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 332.600	$ 700	$ 333.500
SUBTOTALES:										**$ 332.600**	**$ 700**	**$ 333.500**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 260.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 260.000	$ 600	$ 0	$ 260.600
SUBTOTALES:													**$ 260.000**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 260.600**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.900	$ 10.900	$ 100	$ 0	$ 11.000
SUBTOTALES:									**$ 10.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 11.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN							SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
N°	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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 73194535	ROJAS RAMOS ENOC ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.080.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.080.000	$ 332.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 332.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.080.000	$ 260.000	$ 0	$ 260.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.080.000	73194535	$ 10.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 605.100

Planilla Pagada

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARIA LA BAJA - BOLIVAR
Nit: 800095466-8
SECRETARIA DE HACIENDA
DIRECCION FINANCIERA

UNIDOS TRANSFORMAMOS A MARIA LA BAJA

Nro. : **0182**

REGISTRO PRESUPUESTAL

Fecha de Expedicion: Martes 15 de Abril de 2025

Autorizado por: RAMIRO GONZALEZ MANCILLA

Certifico REGISTRO PRESUPUESTAL por valor de : $ 52,000,000.00

(CINCUENTA Y DOS MILLONES PESOS ML.)

Con Cargo a:

CERTIFICADO	PROGRAMA	ART. C. COSTOS	FUENTE FINANCIACIÓN		DESCRIPCION	VALOR
0052	2.3.2.02.02	.009. 12	1002	Proposito	SERVICIOS PROFESIONALES	52,000,000.00

Dentro del Presupuesto de Egresos de la VIGENCIA de2025

A favor de :ENOC ROJAS RAMOS

Con documento No. : 73194535

Por concepto de : Realizar auditoria al manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones SGP vigencia 2024 que administra el municipio de Marialabaja, y de los recursos recibidos y administrados para el Programa de Alimentación Escolar, durante el 2024.

JEFE DE PRESUPUESTO

" UNIDOS TRANSFORMAMOS"

Copyright © 1999-2025 CIM Ltda.

Imprimio :ARNOBIS

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

10/05/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ENOC ALBERTO ROJAS RAMOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **73194535**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**056080299961**
Fecha de apertura	**13/06/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141106677208

(415)7707212489984(8020) 000014110667720 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 1 9 4 5 3 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	RAMOS	ENOC	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR ESPAÑA CARRERA 44 C CL 26 D 3

42. Correo electrónico: enocrr2007@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 6 8 5 0 9 1 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
6 9 2 0	2 0 1 2 0 3 0 6	7 0 1 0	2 0 2 0 0 1 0 1			2 4 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO