

	MACROPROCESO: Apoyo.	Código: GFCO-FP-001
	PROCESO: Gestión Financiera.	Versión: 001
	SUBPROCESO: Contabilidad.	Fecha: 03/31/2011
	LISTA DE CHEQUEO CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS PROVEEDORES	Página 1 de 1

FECHA: ABRIL / 2025

NOMBRE DEL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA: NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO (A) EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MEDIANTE CONFORMACION Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD

CLASE: Contrato ☒ Convenio ☐ Ninguno ☐ No. ☐

CLASE DE DOCUMENTO:

Factura ☐ Cuenta de Cobro ☒ No ☐ N° 02

Valor: \$ 3.000.000

APS

NO	DESCRIPCIÓN	Cumple	No cumple	No Aplica	Nombre del Funcionario que realizo la actividad
1	Factura o cuenta de cobro original	✓			
2	Fotocopia Cedula de Ciudadanía (Solo si no se tiene contrato)	✓			
3	Fotocopia del RUT (Solo si no se tiene contrato)	NA			
4	Pago de la seguridad social del mes a cobrar.	✓			
5	Vinculación a seguridad social (Salud, Riesgo Profesionales) y pago de parafiscales del mes en que se realiza el cobro (para el caso en que sea persona jurídica y que tengan uno o más trabajadores realizando actividades dentro del hospital)	NA			
6	Informe detallado de las actividades (si es contrato el informe deberá estar firmado y con visto bueno del interventor)	✓			
7	Registro de radicación	✓			
8	Disponibilidad, registró presupuestal y orden de gastos firmados por Subgerente administrativo y Gerente	✓			
9	Registro de causación en la cuenta y centro de costos correspondientes.				

	Radicado No: RDI-2025-4-40-762	
	Fecha Recibido GD: 2025-04-30 14:09:20	
Nombre del Remitente: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE		
Nombre del Destinatario: MURCIA ACOSTA SANDOR		
Subdependencia: TALENTO HUMANO		
Funcionario GD: CINDY ANGELICA GRATEROL RODRIGUEZ		
Número de Folios: SOPORTES		

CUENTA DE COBRO No. 002

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E
NIT. 891.380.103-2

DEBE A: NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA
C.C. 1006325686

LA SUMA DE: \$3.000.000
TRES MILLONES DE PESOS MTCE

Por concepto de: Pago Cuota N° (002) al contrato N° 111-08-02-282-2025
Prestación de servicios como tecnico (a) en auxiliar de enfermeria para desarrollar
programa de Atención Primaria en Salud mediante la conformación y operación de
equipos básicos en salud, en las labores que se llevaron a cabo durante el 4 al 30
de abril del 2025.

Se firma en Cerrito en el mes de abril del 2025.



NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA
CC. 1006325686
Cel. 3186902587
Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA
Cuenta de ahorro: 85800004144

 HOSPITAL SAN RAFAEL ESE NIT 891380103-2	MACROPROCESO: Apoyo y soporte	Código: GATH-FO-025
	PROCESO: Gestión Administrativa y Logística.	Versión: 000
	SUBPROCESO: Talento Humano	Fecha: 25/02/2022
	FORMATO: ACTA DE SUPERVISION	Página 1 de 112

INFORME PARCIAL <u> X </u>	INFORME FINAL <u> </u>
Cuota Número: 002	

ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

NOMBRE DEL SUPERVISOR	CARLOS RUBIANO VINUEZA		
DOCUMENTO IDENTIFICACION	CC. 16.856.485		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA		
IDENTIFICACION CONTRATISTA	CC. 1006325686		
ENTIDAD CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E		
REPRESENTANTE LEGAL	CAROLINA CASTRO NARANJO		
DOCUMENTO IDENTIFICACION.	24.584.814		
CONTRATO No.	111-08-02-282-2025		
FECHA CONTRATO.	Día: 4	Mes: ABRIL	Año: 2025
FECHA DE INICIO.	Día: 4	Mes: ABRIL	Año: 2025
DURACION DEL CONTRATO	Día: 31	Mes: MAYO	Año: 2025
CDP N° CDP.2025.0000860		RP: RP.2025.0000919	
Suspensión Fecha inicio de la suspensión: Fecha final de la suspensión	Cesión Fecha inicio de la cesión: Fecha final de la cesión:	Otro sí: Fecha inicio del Otro sí: Fecha final del Otro sí:	

Terminación anticipada: **NO APLICA**

Observaciones al informe jurídico:

INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	\$9.000.000
ADICIÓN (RECURSOS):	\$
VALOR ANTICIPO	\$
VALOR PAGO PARCIAL (corresponde al valor de la cuota a pagar)	\$3.000.000
VALOR EJECUTADO (Corresponde al valor acumulado a la fecha del informe)	3000000

PRESENTO INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES

Si ☒

NO ☐

Observaciones al informe contable y financiero:

Información del pago de seguridad social: Se verificó el pago de la seguridad social del mes de abril así:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: 7965711273 Período Abril de 2025

Observaciones:

INFORME TÉCNICO

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA

Nº	ACTIVIDADES CONTRACTUALES	DESARROLLO
1	1) Realizar labores de contacto comunitario durante todo el proceso de labores en territorio y visita a agentes sociales e institucionales.	1) Realizó contacto comunitario constante, visitando líderes sociales e instituciones del sector de los territorios 1,3,5,6,8, 9,10,11,15
2	2) Realizar el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el micro territorio.	2) Diligenció 26 formularios de caracterización social, ambiental, individual y familiar en los hogares de los territorios 1,3,5,6,8, 9,10,11,15
3	3) Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de Afiliación.	3) Durante el mes no se presentaron casos a reportar de personas sin afiliación al sistema de salud.
4	4) Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública.	4) Durante el mes no se presentaron casos a reportar de demandas inducidas a la población hacia servicios de salud
5	5) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno, Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	5) Brindó 12 capacitaciones de educación sobre autocuidado, signos de alarma y disponibilidad de servicios en salud, en los territorios de (pajonares, san Isidro)
6	6) Realizar la Digitalización de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin por los equipos básicos.	6) Digitalizó los formatos de caracterización diligenciados manualmente en la plataforma SURVE

FORMATO: ACTA DE SUPERVISION

7	7) Prestar apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que sean acordes con el objeto del mismo.	7) Prestó apoyo en las actividades complementarias solicitadas por el supervisor, tales como cargue masivo de caracterizaciones a la plataforma surge.
8	8) Apoyar la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales.	8) Difundió campañas y actividades del proyecto APS en mis redes sociales (whatsapp, facebook)
9	9) Participar, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales sea invitado a razón de las actividades que se ejecutan con ocasión a este contrato.	9) Asistió a las reuniones programadas tales como la Capacitación cargue a la plataforma surge, y la capacitación para presentar evidencias de la cuenta de cobro, capacitación de seguridad y salud en el trabajo
10	10) Adherirse a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) Participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.	10) Cumplió con los requerimientos del sistema de gestión de calidad.

PRESENTO INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES

Si X

NO__

FECHA INFORME

Día: 30

Mes: Abril

Año: 2025

CUMPLIO CON EL OBJETO CONTRATUAL DETERMINADO EN EL CONTRATO RESPECTIVO

SÍ X

NO__

Observaciones

Recibo a Satisfacción de Servicios (Solo aplica para el informe parcial):

Con la firma del presente informe se deja constancia del recibo a satisfacción por parte de HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E EL CERRITO de los servicios prestados pactados en el contrato No. 111-08-02-282-2025

Nota: En caso de no recibir a satisfacción los bienes o servicios, se deberán consignar los motivos y circunstancias en el campo "Observaciones".

Constancia de Paz y Salvo (Solo aplica para el informe parcial):

Que el Contratista **NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1006325686 De EL CERRITO (VALLE), vinculado al SAN RAFAEL E.S.E EL CERRITO, mediante contrato de Prestación de Servicios No. 111-08-02-282-2025, durante el tiempo comprendido entre el 01 al 30 de Abril del 2025, a la fecha no posee

 HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. NIT 891380103-2	MACROPROCESO: Apoyo y soporte PROCESO: Gestión Administrativa y Logística. SUBPROCESO: Talento Humano	Código: GATH-FO-025
		Versión: 000
	FORMATO: ACTA DE SUPERVISION	Fecha: 25/02/2022
		Página 4 de 112

elementos devolutivos a su cargo de propiedad de la entidad, entregados por parte de esta oficina.

OBSERVACIONES AL INFORME:

El presente informe corresponde a la cuota N° 002 por valor de \$3.000.000 según lo estipula el contrato No. 111-08-02-282-2025 por valor de \$9.000.000 , que fue firmado el 4 de ABRIL de 2025.

CONCLUSION:

Con este informe se certifica la ejecución del objeto contractual y se autoriza el pago de la cuota No. 002

Para constancia de lo anterior se firma en El Cerrito Valle, en el mes de abril del 2025.

Dr Carlos Arturo Rubiano V.

SUBGERENTE CIENTIFICO
HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E
EL CERRITO (V)

Supervisor

FECHA	30 DE ABRIL DE 2025		
CONTRATO	111-08-02-282-2025		
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E		
OBJETO	Prestación de servicios como tecnico (a) en auxiliar de enfermeria para desarrollar programa de Atención Primaria en Salud mediante la conformación y operación de equipos básicos en salud		
INICIO	4 DE ABRIL DE 2025	HASTA	31 DE MAYO DE 2025
SUPERVISOR	CARLOS ARTURO RUBIANO VINUEZA		

INFORME DE ACTIVIDADES

Contrato de Prestación de servicios No. 111-08-02-282-2025 Cuyo objeto es Prestación de servicios como tecnico (a) en auxiliar de enfermeria para desarrollar programa de Atención Primaria en Salud mediante la conformación y operación de equipos básicos en salud, labores ejecutadas del 01 del mes de abril al 30 de abril del año 2025

No.	Actividades Contractuales	Desarrollo Actividades
1	1) Realizar labores de contacto comunitario durante todo el proceso de labores en territorio y visita a agentes sociales e institucionales.	1) Realicé contacto comunitario constante, visitando líderes sociales e instituciones del sector de los territorios 1,3,5,6,8, 9,10,11,15
2	2) Realizar el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el micro territorio.	2) Diligencié 26 formularios de caracterización social, ambiental, individual y familiar en los hogares de los territorios 1,3,5,6,8, 9,10,11,15
3	3) Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de Afiliación.	3) Durante el mes no se presentaron casos a reportar de personas sin afiliación al sistema de salud.
4	4) Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública.	4) Durante el mes no se presentaron casos a reportar de demandas inducidas a la población hacia servicios en salud pública según las necesidades identificadas.
5	5) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma para EDA, DENGUE, IRA, ademas se dan pautas para la buena convivencia familiar y comunitaria. y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno, Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros	5) Brindé 12 capacitaciones de educación sobre autocuidado, signos de alarma para EDA, DENGUE, IRA, ademas se dan pautas para la buena convivencia familiar y comunitaria. y disponibilidad de servicios en salud, en los territorios de (pajonares, san Isidro)

	sectores de acuerdo con sus necesidades.	
6	6) Realizar la Digitalización de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin por los equipos básicos.	6) Digitalicé los formatos de caracterización diligenciados manualmente en la plataforma SURVE
7	7) Prestar apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que sean acordes con el objeto del mismo.	7) Presté apoyo en las actividades complementarias solicitadas por el supervisor, tales como cargue masivo de caractertizaciones a la plataforma surve.
8	8) Apoyar la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales.	8) Difundí campañas y actividades del proyecto APS en mis redes sociales (whasapp, facebook)
9	9) Participar, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales sea invitado a razón de las actividades que se ejecutan con ocasión a este contrato.	9) Asistí a las reuniones programadas tales como la Capacitacion cargue a la plataforma surve, y la capacitacion para presentar evidencias de la cuenta de cobro, capacitacion de seguridad y salud en el trabajo
10	10) Adherirse a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) Participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.	10) Cumplí con los requerimientos del sistema de gestión de calidad.


NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA
 CC. 1006325686 de EL CERRITO (VALLE)
 Contratista

NOMBRE: Nicole Dayana Ortiz Leyva

Documento: 1.006.325.686

Mes reportado: Abril 2025

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

1) Realicé labores de contacto comunitario durante todo el proceso de labores en territorio y visita a agentes sociales e institucionales.

EVIDENCIA 1

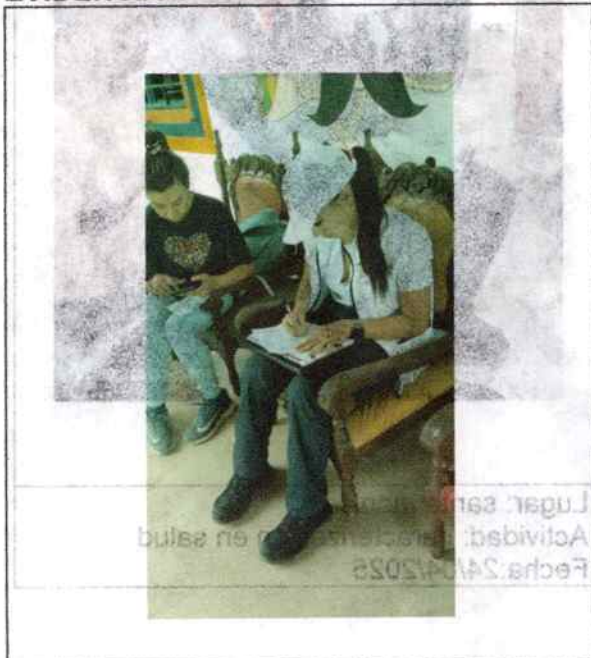
EVIDENCIA 2

	
Lugar: La honda Actividad: Caracterizacion en salud Fecha: 08/04/2025	Lugar: santa elena Actividad: caracterización en salud Fecha:10/04/2025

2) Realicé el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el micro territorio.

EVIDENCIA 1

EVIDENCIA 2

	
Lugar: el florido Actividad: caracterización en salud Fecha: 03/04/2025	Lugar: valle del cerrito Actividad: caracterización en salud Fecha:15/04/2025

5) Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno, Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

EVIDENCIA 1



Lugar: Sede el rosario
Actividad: ingreso de pacientes al survey
Fecha: 09/04/2025

EVIDENCIA 2



Lugar: Sede el Rosario
Actividad: Ingreso de pacientes al survey
Fecha: 10/04/2025

6) Realicé la Digitalización de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin por los equipos básicos.

EVIDENCIA 1



Lugar: balcones de la merced
Actividad: caracterización en salud
Fecha: 21/04/2025

EVIDENCIA 2



Lugar: buenos aires
Actividad: caracterización en salud
Fecha: 22/04/2025

9) Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado a razón de las actividades que se ejecutan con ocasión a este contrato.

EVIDENCIA 1



Lugar: castillo bajo
Actividad: caracterización en salud
Fecha: 05/04/2025

EVIDENCIA 2



Lugar: castillo alto
Actividad: caracterización en salud
Fecha: 07/04/2025



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que NICOLE DAYANA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1006325686, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) NICOLE DAYANA ORTIZ LEYVA con documento CC 1006325686, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7965711273	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2025	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2025
Fecha Pago	2025/04/25	Número de Autorización	1433726654

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial		Normal	

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-25 - COLMENA
Días	30	Tarifa	2,436 %
Clase de Riesgo		3	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CELESTIA DE CUIDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	100032668	NÚMERO PLANILLA:	7965711273	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	EL CERRITO	DEPARTAMENTO:	VALLE	PERÍODO COTIZACIÓN:	2020	PERÍODO COTIZACIÓN SALDO:	2020
CUOTIZACION:	DIAS 15 JUN 22	TELÉFONO:	2502897	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	QUILDIPIPI	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):	2020-04-29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1433728064
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.e.p.				
TIPO EMPRESA:	UNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALDO, SENA E ICFP (FORMA TRIBUTARIA)						
			NO				

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD														
ADMINISTRADORA		No.	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA INTERDINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MONEDA		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VÁLOR AUTORIZACIÓN	VÁLOR	PUNILLA	VÁLOR	COTIZACIÓN	VÁLOR AERSES	COTIZACIÓN	VÁLOR AERSES	APORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
E-2017		1	5.8		5.8			5.8	5.178.000	1 \$	1 \$	5.178.000	5.178.000	5.178.000
E-9507 ALCEJA LEPS			5.8		5.8			5.8	5.178.000	1 \$	1 \$	5.178.000	5.178.000	5.178.000
SUBTOTAL:													5.178.000	5.178.000
TOTAL:													5.178.000	5.178.000

[illegible][illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 440.500
----------------------	------------

CERTIFICADO DE NO UTILIZACIÓN DE COSTOS Y DEDUCCIONES
ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, **NICOLE DAYANA ORTIZ LEIVA** con documento de identificación No. **1006325686**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado al **Hospital San Rafael El Cerrito Valle** hasta el **31** de **MAYO** de 2025 mediante contrato por prestación de servicios No 111-08-02-282-2025 y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA, **El Cerrito Valle, 30 DE ABRIL DE 2025**

FIRMA



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 01 Inscripción		4. Número de formulario 14904648188			
		 (415) 7 707212489964(8020) 000001490464018 8			
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 0 0 6 3 2 5 6 8 6 0		6. DV 0		12. Dirección adicional Impuestos y Aduanas de Palmira 1 5	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión líquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 0 6 3 2 5 6 8 6	
28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Valle del Cauca 7 6		30. Ciudad/Municipio El Centro 2 4 8	
31. Primer apellido ORTIZ		32. Segundo apellido LEYVA		33. Primer nombre NICOLE	
				34. Otro nombre DAYANA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Valle del Cauca 7 6		40. Ciudad/Municipio El Centro 2 4 8	
41. Dirección principal CL 10 # 15 - 69					
42. Correo electrónico nicolodayana0309@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 8 6 9 0 2 5 8 7		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 2 0 1	48. Código 9 6 0 9	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 1 0 0 1	50. Código 1 2	51. Código
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Uso de 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 X NO					
60. No. de Folios 3					
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 aceptó la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
964. Nombre ORTIZ LEYVA NICOLE DAYANA					
965. Cargo Contribuyente					