

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

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN

Día Mes Año
01 12 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA **JASBLEIDY SÁNCHEZ MOSQUERA**
CEDULA DE CIUDADANIA No. **1.121.950.074** DE **VILLAVICENCIO**
CÓDIGO ACTIVIDAD RUT **000-0006910** CELULAR **3114562135**
E-MAIL PERSONAL **jassanchezmo@gmail.com**
E-MAIL INSTITUCIONAL **jasbleidy.sanchez@supernotariado.gov.co**
BANCO **DAVIVIENDA** No DE CUENTA **550488417419543** C.A. ☒ C.C. ☐

CONTRATO ACTUAL

No **2717** DE Año **2025**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ **12.418.480,00**

HONORARIOS MENSUALES \$ **4.656.930,00**

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.
DEPENDENCIA:
DIRECCIÓN TÉCNICA DE REGISTRO
Perfil: PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO **ANTONIO TORREGROSA FERNANDEZ**
CARGO DEL SUPERVISOR **REGISTRADOR SECCIONAL**

CDP No. **110425** CRP No. **550225**
FECHA CDP **18/09/2025** FECHA CRP **01/10/2025**

FECHA APROBACIÓN POLIZA Día Mes Año
01 10 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD **ACACIAS**
DEPARTAMENTO **META**

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO Día Mes Año
25 12 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO Día Mes Año
06 10 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO MESES DÍAS
2 20

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año
01 10 2025

ADICION Y/O PRORROGA No. **01**

CDP No. **01** CRP No. **01**

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA

Día Mes Año
01 10 2025

MESES DÍAS VALOR
01 20 \$ **4.656.930,00**

VALOR A COBRAR \$ **4.656.930,00**

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ **4.656.930,00**

PERIODO DE PAGO

DEL Día Mes Año
01 11 2025
AL 30 11 2025

PAGO No. **02** No DÍAS **30** 100% **NOVIEMBRE**

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO
No de factura **01**

MES A COBRAR

 Superintendencia de Notariado y Registro	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 2
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 24 - 01 - 2025

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)	232.900	EPS SANITAS SA	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	298.100	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	9.800	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 540.800	PLANILLA DE PAGO No.	9495548312

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 12.418.480,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 3.880.775,00	\$ 3.880.775,00	\$ 8.537.705,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 4.656.930,00	\$ 8.537.705,00	\$ 3.880.775,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
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	\$ -	\$ -
PAGO 14	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 15	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 16	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 17	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 18	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 19	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -
PAGO 20	VALOR DEL PAGO	\$ -	\$ -

PERIODO DE PAGO	DEL	Día	Mes	Año	PAGO No.	NOVIEMBRE
	AL	30	11	2025		02

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 2



**Superintendencia de
Notariado y Registro**

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR

**Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR
- 01**

Versión: 2

Fecha: 24 - 01 - 2025

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

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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. 2. Realizar el estudio y calificación de los documentos objeto de registro de todo de acto que se someta al proceso de registro, que Ingrese a la oficina de registro de instrumentos públicos a la que es asignado, de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable. 3. Calificar diariamente como mínimo 27 documentos. Y/o los documentos asignados por el Registrador de Instrumentos Públicos. 4. Verificar el pago de emolumentos y la liquidación de los derechos e impuestos de registro, para dar estricto cumplimiento a las tarifas establecidas por la normatividad. 5. Realizar el autocontrol del proceso de calificación y adelantar el procedimiento establecido para que se realicen las correcciones que sean necesarias, de acuerdo con los parámetros establecidos en la normatividad vigente. 6. Generar notas devolutivas, rechazando la inscripción del documento y emitiendo la devolución, de acuerdo con la normatividad establecida cuando sea necesario. La nota devolutiva deberá estar debidamente justificada e incluir la totalidad de las causales por las cuales se produjo la negación de la inscripción. 7. Brindar apoyo en la proyección de actos administrativos, oficios y documentos relacionados con el registro de instrumentos públicos. 8. Dar debido manejo a las contraseñas y usuarios que le sean asignados y guardar estricta reserva de la información a la cual tenga acceso debido a sus funciones. 9. Asistir a las reuniones y capacitaciones a las cuales sean convocados. 10. Presentar un informe diario a su supervisor o, a la persona designada para dichos efectos, con los documentos calificados en la jornada. 11. Acreditar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), a una Administradora de Fondos de Pensiones (A.F.P.) y a una Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) y, encontrarse al día en el pago de los respectivos aportes. 12. Sin perjuicio de lo señalado en el numeral 2 de la presente cláusula, durante el primer mes de vigencia del contrato, atendiendo al proceso de capacitación que se adelantará en este periodo, el contratista deberá calificar el número de documentos que le sean asignados con aumento progresivo hasta llegar al cumplimiento de la meta diaria. 13. Las demás que le sean asignadas en virtud del objeto contractual.	1. De acuerdo a la primera obligación, se radica la presente cuenta de cobro. 2. Con relación a las actividades numero 2,3,4,6 y 12, en este mes me asignaron un total de 285 turnos, de los cuales 227 han sido calificados de acuerdo con los lineamientos normativos. 3. En lo concerniente a la actividad 5 y 10, se tiene un cuadro en excel en el cual todos los días se alimenta y actualiza el estado de los turnos asignados, y del mismo modo, se tiene un informe detallado a presentar en cualquier eventualidad. 4. De acuerdo con la obligación 11, con la presenta cuenta de cobro se evidencia el cumplimiento de esta.

NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 3

 Superintendencia de Notariado y Registro	MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01
	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Versión: 2
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Fecha: 24 - 01 - 2025

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 **JASBLEIDY SÁNCHEZ MOSQUERA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.121.950.074** de **VILLAVICENCIO** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **2717** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **550225** CDP No **110425**

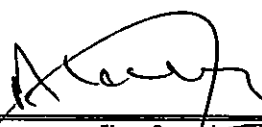
Se autoriza el pago por la suma de : \$ **4.656.930,00**

Valor en letras: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE

	Día	Mes	Año				
PERIODO DE PAGO	DEL	01	11	2025	PAGO No.	NOVIEMBRE	
	AL	30	11	2025	02	NOVIEMBRE	

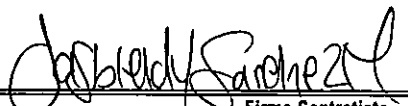
Para constancia se firma en **ACACIAS** a los **01** días del mes de **DICIEMBRE** de **2025**

SUPERVISOR



Firma Supervisor
ANTONIO TORREGROSA FERNANDEZ
REGISTRADOR SECCIONAL

CONTRATISTA



Firma Contratista
JASBLEIDY SÁNCHEZ MOSQUERA
Cedula de Ciudadanía No
1.121.950.074 de VILLAVICENCIO

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS

Página 4

 Superintendencia de Notariado y Registro	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Código: MP - GNFA - PO - 03 - PR - 05 - FR - 03
	PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR	Versión: 01
	FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL	Fecha: 17 - 01 - 2025

CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el (la) señor(a) **JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.121.950.074 de Villavicencio, Meta, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 2717 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de Noviembre

Dependencia	DIRECCIÓN TÉCNICA DE REGISTRO - DTR								
Perfil Contratista	PROFESIONAL UNIVERSITARIO TIPO B								
Mes a cobrar	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	
		1	11	2025			30	11	2025
Planilla seguridad social	Valor Salud						\$232.900		
	Valor Pensión						\$298.100		
	Valor ARL						\$9.800		
	Pensionado / anexar resolución								
	Número de planilla						9495548312		
	Periodo de la planilla						Noviembre		
	Fecha pago planilla						28/11/2025		

Se expide la presente certificación una vez verificado el pago de la planilla anteriormente relacionada y sirve como soporte para cuenta de cobro del contratista a los 1 días del mes de Diciembre de 2025.


Supervisor
ANTONIO TORREGROSA FERNANDEZ
Registrador Seccional

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e IRRF	
CC 1121950074		SANCHEZ MOSQUERA JASLEDDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 46A #14D-14	VILLAVICENCIO-META	3114562135	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1961706596	9495548312	I	2025/12/17	2025/11/28	BANCO FALABELLA	0	\$540,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																													
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES																																			
No.	Identificación	Nombre	Ingre	Redu	Act	Ext	Dis	Pla	Pre	Con	Vista	Leg	Una	Vac	Av	Pre	Li	Vib	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SDMA e ICBF	Total Aportes																					
SUBCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									\$1,862,772	\$298,100				\$1,862,772	\$232,900			\$0	\$0			\$1,862,772		\$9,800		\$0	\$0		\$540,800
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																																									\$1,862,772	\$298,100				\$1,862,772	\$232,900			\$0	\$0			\$1,862,772		\$9,800		\$0	\$0		\$540,800
1	CC	1121950074	SANCHEZ																	23030	30	\$1,862,772	\$298,100	EP5009	30	\$1,862,772	\$232,900		0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,862,772	0.522%	\$9,800	0		\$0	\$0	No	\$540,800																		
Total Afiliados(1)																																									\$1,862,772	\$298,100				\$1,862,772	\$232,900			\$0	\$0			\$1,862,772		\$9,800		\$0	\$0		\$540,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1121950074		SANCHEZ MOSQUERA JASBLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 46A #140-14	VILLAVICENCIO-META	3114562135	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Persión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1961706596	9495548312	I	2025/12/17	2025/11/28	BANCO FALABELLA	0	5540,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$298,100	\$0	\$0	\$298,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$298,100	\$0	\$0	\$298,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,800	\$0	\$0	\$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,800	\$0	\$0	\$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$232,900	\$0	\$0	\$232,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$232,900	\$0	\$0	\$232,900
TOTAL				1	\$540,800	\$0	\$0	\$540,800



**Superintendencia de
Notariado y Registro**

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

**Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05
- FR - 02**

PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Versión: 03

PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR

Fecha: 21 - 01 - 2025

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2025

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 articulo 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:

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2024 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT.		X
2. Soy responsable del impuesto sobre la renta.		X
3. Dependiente Económico: 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.		X
4. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		X
5. AFC: Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.		X
6. Crédito de Vivienda: Realizo pagos de crédito de vivienda, Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.		X
7. Medicina prepagada: Realizo pagos de medicina prepagada, Adjuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.		X
8. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si: a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%). b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT aplicable.		X
9. Ha suscrito contratos durante el año 2025: por un valor igual o superior a 4000 UVT (\$199.196.000)		X

Nota: Remitir los soportes a los que hay lugar únicamente para contratos cuyos honorarios superen los \$6.000.000 mensuales.

En constancia de lo anterior, se firma a los 1 días del mes Diciembre de 2025

Atentamente,

JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA

CC. 1.121.950.074 de Villavicencio, Meta.



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

[Cancelar](#)[Evaluación de la Entidad Estatal](#)

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI ☐ 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
ACTA DE INICIO JASBLEIDY SANCHEZ.pdf	ACTA DE INICIO JASBLEIDY SANCHEZ.pdf	Comprador Descargar Detalle
4.2 Secop CTO 2717-2025 poliza aprobada.pdf	4.2 Secop CTO 2717-2025 poliza aprobada.pdf	Comprador Descargar Detalle
5. Compromiso 550225 vl.pdf	5. Compromiso 550225 vl.pdf	Comprador Descargar Detalle
3. DESIGNACION DE SUPERVISION JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA_PROFS UNIVERSITARIO TIPO B.pdf	3. DESIGNACION DE SUPERVISION JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA_PROFS UNIVERSITARIO TIPO B.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ Examen medico ocupacional.pdf	Examen medico ocupacional.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIAS OCTUBRE 2025 CONTRATO 27172025 JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA.zip	EVIDENCIAS OCTUBRE 2025 CONTRATO 27172025 JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA.zip	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO OCTUBRE - JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE - JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ EVIDENCIAS NOVIEMBRE 2025 CONTRATO 2717-2025 JASBLEIDY SANCHEZ MOSQUERA.zip	EVIDENCIAS NOVIEMBRE.zip	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)[Cancelar](#)[Evaluación de la Entidad Estatal](#)

EVIDENCIAS

Archivos de Microsoft Copilot Chat > CUENTAS DE COBRO > NOVIEMBRE - 25 > EVIDENCIAS

Buscar en EVIDENCIAS

Nuevo

Ordenar

Ver

Inicio

Galería

Jasleidy, SUI

Aplicaciones

Archivos de

Attachment

Documento

Escritorio

Imágenes

Escritorio

Descargas

Documentos

Imágenes

Música

Videos

Archivos de

OCTUBRE

EVIDENCIAS

EVIDENCIAS

Este equipo

Red

Nombre	Estado	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
CONTROL CALIFICACIÓN.....		1/12/2025 10:49 a. m.	Documento Adeb...	252 KB
Reporto Noviembre...		1/12/2025 12:34 p. m.	Documento Adeb...	11.067 KB

Reporto Noviembre...

tipo: Documento Adobe Acrobat

Tamaño: 251 KB

Fecha de modificación: 1/12/2025 10:49 a. m.

Estado de disponibilidad: Disponible en este dispositivo

2 elementos

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 1411287C0151			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 11219500740		6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Villavicencio	
				14. Buzón electrónico 22	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de identificación 1121950074	
27. Fecha expedición		28. País COLOMBIA		29. Departamento Meta	
30. Ciudad/Municipio Villavicencio		31. Primer apellido SANCHEZ		32. Segundo apellido MOSQUERA	
33. Primer nombre JASBLEIDY		34. Otros nombres		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Signa			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Meta		40. Ciudad/Municipio Villavicencio	
41. Dirección principal CR 46 A 14 D 14		42. Correo electrónico sjasbleidy1607@gmail.com		43. Código postal	
44. Teléfono 1 3114562135		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
46. Código 6910		47. Fecha inicio actividad 20200110		48. Código 8211	
49. Fecha inicio actividad 20200203		50. Código 1		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 549					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
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 - 09 - 25 / 14 : 49: 03					
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 SANCHEZ MOSQUERA JASBLEIDY					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					