

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 31/12/2025

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: MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 1.077.463.997

CONTRATO No.: ADRES-CPS-711-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Oficina Asesora Jurídica para la revisión y trámite de consultas y peticiones, así como el contenido de los proyectos de actos administrativos, acorde con las normas constitucionales y legales vigentes. ID-048-OAJ

PERIODO COMPRENDIDO **DESDE:** 01/12/2025 **HASTA:** 31/12/2025

LA SUMA DE: NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS MCTE (\$9.251.396).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 17 # 81A - 07

TELÉFONO: 3173340052

Marcos David Sánchez Moreno

FIRMA: MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO
C.C 1.077.463.997

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	24/11/2025	91590349	\$1.074.800	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	462.900	0		0		0	0	0		462.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	592.500	0	0	0	0	0	0		592.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.400				19.400	0	0	19.400			194	19.400	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	462.900	462.900
Pensión	1	592.500	592.500
Riesgos Laborales	1	19.400	19.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.074.800	1.074.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1077463997	MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO		CI 17 81 A 17	3173340052	fania1994@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	24/11/2025	91590349	\$1.074.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1077463997	SANCHEZ MORENO MARCOS DAVID	59	0		N																		25-14	3.702.558	592.500	0	0	0	0	EPS005	3.702.558	462.900	14-23	3.702.558	1	19.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO	NIT:	1077463997
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	diciembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	diciembre 2025
Número de Radicación:	91590349	Total a pagar:	\$1,074,800
Fecha de vencimiento:	26/01/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	24/11/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	1951082680
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$19,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$592,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$462,900
						\$1,074,800

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO	1.077.463.997

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

Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒

Régimen Simple: SI ☐ NO ☒

Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-711-2025

Fecha de Inicio: 22/08/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$ 46.256.980 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$9.251.396

Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI X NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento 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 por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
C.C.	54.253.906	ROSA ELVIRA MORENO MOSQUERA	MADRE

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

- 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) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean 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: identificado (a) con la C.C. No. no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, según certificación del año gravable 2024; 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 artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ N/A _____ del Banco _____ N/A _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$) _____ N/A _____), 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 mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.
- 6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ N/A _____ la suma de (\$) _____ N/A _____), 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, 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.



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo 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)
9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Marcos David Sánchez Moreno

Firma:

MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO

Cédula de ciudadanía No. 1.077.463.997 de Quibdó

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

OSIAS ANTONIO SERNA ARRIAGA
CONTADOR PÚBLICO TITULADO
T.P. 28.305-T
Universidad Libre de Colombia

Quibdó, diciembre 31 de 2025

EL CONTADOR OSIAS ANTONIO SERNA ARRIAGA

CERTIFICA QUE:

El señor MARCOS DAVID SANCHEZ MORENO, identificado con cedula de ciudadanía N° 1.077.4563.997 de Quibdó (Choco), percibe ingresos mensuales inferiores a 260 UVT (\$ 12.947.740), y tiene como dependientes económicos a su señora madre ROSA ELVIRA MORENO MOSQUERA, identificada con cedula de ciudadanía N° 54.253.906 de Quibdó Choco.



OSIAS A. SERNA ARRIAGA
CC N° 19.379.512 Bta
T.P N° 28.305-T
Contador Público

Calla 27. N° 9-41 Telf. 6708909 Cel.3116173244
Quibdó - Chocó

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.379.512

SERNA ARRIAGA

APELLIDOS

OSIAS ANTONIO

NOMBRES

Osias A. Serna A.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1955

URRAO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84

ESTATURA

O+

G.S. RH

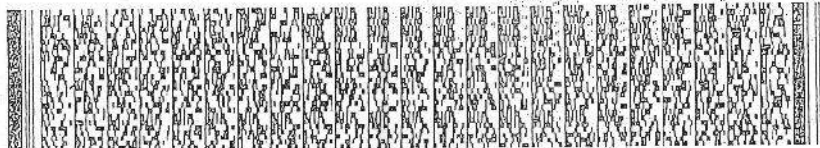
M

SEXO

22-DIC-1977 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1700100-C0237337-M-0019379512-20100429

0022077143A 1

1830789201

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

257410B700C4BB98

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **OSIAS ANTONIO SERNA ARRIAGA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19379512 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 28305-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.077.463.997**

SANCHEZ MORENO

APELLIDOS

MARCOS DAVID

NOMBRES

Marcos Sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1994**

QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

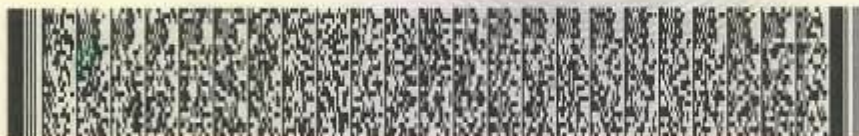
06-AGO-2012 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1700100-00404903-M-1077463997-20121012

0031402390A 1

30311751

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **54.253.906**

MORENO MOSQUERA
APELLIDOS

ROSA ELVIRA
NOMBRES

ROSA E MORENO MOSQUERA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1965**
QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-JUL-1985 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1700199-70145879-F-0054253906-20060324

03798 06083A 02 195934605

① Parte básica ② Parte compl.

940719

③ INDICATIVO
SERIAL

26100447

SECCIÓN GENÉRICA

OFICINA DE REGISTRO CIVIL	④ Consulado, Notaría, Registraduría del Estado Civil, Inspección, Corregimiento NOTARIA PRIMERA	⑤ Departamento, Municipio, Inspección, Corregimiento CHOCO QUIBDO	⑥ Código 3301
DATOS DEL INSCRITO	⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) SANCHEZ MORENO MARCOS DAVID Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)		
	⑧ SEXO Masculino ☒ Femenino ☐ ⑨ FECHA DE NACIMIENTO Año 94 Mes 07 Día 19		
	⑩ LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA CHOCO QUIBDO País Departamento Municipio Inspección o corregimiento		

SECCIÓN ESPECÍFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS		⑫ Hora ☐ Minutos ☐ AM ☐ PM ☐	⑬ Tipo sanguíneo Grupo R.H.
	⑭ Documento Antecedente presentado (Constancia de nacido vivo, documento auténtico, acta religiosa) DECLARACION DE TESTIGOS		⑮ Nombre de quien expide la Constancia	
DATOS DE LOS PADRES DEL INSCRITO	⑰ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE MORENO MOSQUERA ROSA ELVIRA Primer apellido Segundo apellido o de casada Nombre(s)			⑯ Edad al momento del parto 28 Años
	⑱ Documento de identificación (clase y número) C.C.# 54253906	⑲ Nacionalidad(es) COLOMBIANA	⑳ Dirección domicilio BARRIO HUACANTAO	
	㉑ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE SANCHEZ MENA CARLOS JULIO Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)			㉓ Edad al momento del nacimiento 38 Años
	㉔ Documento de identificación (clase y número) C.C.# 19322819	㉔ Nacionalidad(es) COLOMBIANO	㉕ Dirección domicilio BARRIO HUAPANTO	

⑳ DATOS DECLARANTE	SANCHEZ MENA CARLOS JULIO Apellido(s) y Nombre(s) BARRIO HUACANTAO Domicilio (Dirección o Municipio)		Firma C.C.# 19322819 Documento de identificación (clase y N°)
㉑ DATOS TESTIGO	CA ICEDO CUESTA JAIVER Apellido(s) y Nombre(s) BARRIO SANTA ANA Domicilio (Dirección o Municipio)		Firma C.C.# 118019K5 Documento de identificación (clase y N°)
㉒ DATOS TESTIGO	BLANDON MORENO SAYDA PATRICIA Apellido(s) y Nombre(s) BARRIO EL PORVENIR Domicilio (Dirección o Municipio)		Firma C.C.# 656863801 Documento de identificación (clase y N°)

㉓ FECHA DE INSCRIPCIÓN	97 02 05 Año Mes Día	㉔ Funcionario que autoriza el registro EUCLIDES LOZANO LEMUS Nombre Firma autógrafa
------------------------	-------------------------	--

Notaría de Colombia
Notaría PRIMERA
Euclides Lozano Lemus
NOTARIO

32 Para efecto de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a la que se refiere este acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia firmo a los Cinco 05 días del mes de Febrero de 1997

[Firma]
Firma del Padre

DOÑA ELVIRA MORENO MOSQUERA
Firma de la Madre

C.C. # 19322819 de Bogotá
Nº y clase de documento de identidad
CARLOS JULIO SANCHEZ MENA

C.C. # 54253906 de QUIBDÓ
Nº y clase de documento de identidad
ROSA ELVIRA MORENO MOSQUERA

Nombre completo del Padre
BARRIO HUAPANTO

Nombre completo de la Madre
BARRIO HUAPANTO

Dirección residencia

Dirección residencia

33 Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

EUCLIDES LOZANO LEMUS

34 NOTAS

Reconocimiento de hijo extra matrimonial
inscrito en NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE QUIBDÓ
folio EL SUSCRITO NOTARIO PRIMERO DEL CÍRCULO DE QUIBDÓ

EUCLIDE LOZANO LEMUS
Notario Primero de Quibdó
CERTIFICA

Este Registro Civil es fiel copia tomada del original, que reposa en el archivo de esta oficina.

VALIDO PARA CUALQUIER TRÁMITE.

Para mayor constancia se firma en Quibdó, a los 10 días del mes febrero de 2012.

Quibdó, 10 de febrero de 2012
Yuber A. Ordoñez Arboleda
Notario Primero del Círculo de Quibdó

YUBER A. ORDÓÑEZ ARBOLEDA
Notario Primero del Círculo de Quibdó

10 FEB 2012

Yuber A. Ordoñez Arboleda
NOTARIO

Yuber A. Ordoñez Arboleda
Notario Primero del Círculo de Quibdó

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141223625047			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1077463997				6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1077463997			
28. País COLOMBIA		29. Departamento Chocó		30. Ciudad/Municipio Quibdó		001	
31. Primer apellido SANCHEZ		32. Segundo apellido MORENO		33. Primer nombre MARCOS		34. Otros nombres DAVID	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CR 81 A 16 C 71							
42. Correo electrónico fania1994@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3173340052		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 6910		47. Fecha inicio actividad 20161215		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
50. Código 1		2		51. Código		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
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			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre SANCHEZ MORENO MARCOS DAVID				985. Cargo CONTRIBUYENTE			