

**FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION
DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO**

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN

Día	Mes	Año
3	12	2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA

FABIO ALONSO ARROYAVE RIVAS

CEDULA DE CIUDADANIA No.

1.143.876.758

DE

CALI

CÓDIGO ACTIVIDAD RUT

000-0006910

CELULAR

E-MAIL PERSONAL

FABIOARROYAVE3@HOTMAIL.COM

E-MAIL INSTITUCIONAL

FABIO.ARROYAVE@SUPERNOTARIADO.GOV.CO

BANCO

BOGOTA

No DE CUENTA

391777919

C.A.

☒

C.C.

CONTRATO ACTUAL

No

2560

DE

Año

2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 20.877.885,00

HONORARIOS MENSUALES

\$ 5.965.110,00

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: DELEGADA DE REGISTRO

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO

blanca aurora rodriguez romero

CARGO DEL SUPERVISOR

profesional especializado 2028-19

CDP No.

102425

CRP No.

519825

FECHA CDP

11/02/25

FECHA CRP

26/02/25

FECHA APROBACIÓN POLIZA

Día	Mes	Año
24	09	2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD

BOGOTA D.C.

DEPARTAMENTO

CUNDINAMARCA

**FECHA / FINALIZACIÓN
CONTRATO**

Día	Mes	Año
26	12	2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO

Día	Mes	Año
30	09	2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
2	27

**FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O
PRORROGA**

Día	Mes	Año

ADICION Y/O PRORROGA No.

CDP No.

CRP No.

**FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O
PRORROGA**

Día	Mes	Año

MESES

DIAS

VALOR

VALOR A COBRAR

\$ 5.965.110,00

VALOR TOTAL # DE DIAS

\$ 5.965.110,00

**ES FACTURADOR ELECTRÓNICO
No de factura**

MES A COBRAR

PERIODO DE PAGO

DEL

Día	Mes	Año
01	11	2025

PAGO No.

No DÍAS

NOVIEMBRE

AL

Día	Mes	Año
30	11	2025

03

30

100%

NOVIEMBRE

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

Pagina 1

**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)	400000	SALUD TOTAL	12.5%
2. FONDO DE PENSIÓN	512000	COLPENSIONES	16%
3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	16800	POSITIVA	0.522%
TOTAL A PAGAR	\$ 928.800	PLANILLA DE PAGO No.	1076926362

2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 20.877.885,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	VALOR DEL PAGO \$ 198.837,00	\$ 198.837,00	\$ 20.679.048,00
PAGO 02	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 6.163.947,00	\$ 14.713.938,00
PAGO 03	VALOR DEL PAGO \$ 5.965.110,00	\$ 12.129.057,00	\$ 8.748.828,00
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		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	11	2025		NOVIEMBRE
	AL	30	11	2025		NOVIEMBRE
					03	



**Superintendencia de
Notariado y Registro**

MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

**Código: MP - GNFA - PU - 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**

3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
1. Asistir a las sesiones sobre IVC registral, que sean programadas por la Delegada para el Registro y mantenerse actualizado/a en la metodología del modelo IVC que indique la SDR. 2. Diligenciar la información de las ORIP asignadas, de acuerdo con los indicadores y variables del modelo IVC registral, manteniendo esta información actualizada y disponible. 3. Realizar sesiones de presentación con cada uno de los Registradores de Instrumentos Públicos y con los servidores de cada una de las ORIP asignadas, dejando el respectivo soporte en grabaciones de sesiones virtuales, a través de la plataforma teams o la que haga sus veces. 4. Construir con el registrador(a) la línea base y objetivos de las ORIP asignadas, a partir de los indicadores reportados por los sistemas misionales, mantener la información actualizada y guardar confidencialidad y reserva sobre la misma. 5. Elaborar el diagnóstico y realizar el análisis explicativo del mismo, para cada una de las ORIP asignadas. 6. Solicitar al Registrador(a) de cada ORIP asignada el plan de mejoramiento de cada ORIP asignada, y hacer seguimiento de este, para lo cual debe entregar un documento que debe dar cuenta de los avances o no, de las acciones de mejora propuestas con el fin de mitigar los riesgos de la oficina. 7. Realizar las visitas virtuales y presenciales de seguimiento que sean necesarias para hacer el seguimiento a los resultados obtenidos en cada una de las ORIP asignadas, para lo cual debe elaborar y presentar un informe que indique el estado real de desempeño de las ORIP asignadas. Las visitas de inspección, vigilancia y control que realice a las Oficinas de Registro deben ser relacionadas con las competencias de la Superintendencia Delegada para Registro y en general, cuando sea necesario conocer de manera directa las circunstancias que afecten la prestación del Servicio Público Registral. 8. Recaudar las pruebas y evidencias necesarias para instruir los procesos sancionatorios relacionados con las funciones asignadas al ejercicio de inspección, vigilancia y control de la gestión Registral. 9. Elaborar los documentos, oficios, respuestas a peticiones, requerimientos de entes de control y autoridades, conceptos y demás que se requieren en el marco de las funciones de IVC registral de cada una de las ORIP asignadas. 10. Indicar las medidas de control que se deben adoptar en las ORIP asignadas, para lo cual deberá hacer los oficios de trámite e impulso correspondientes, así como todas las acciones necesarias solicitadas por la coordinación de IVC registral. 11. Realizar la legalización de los viáticos, en caso de que aplique, de conformidad con lo establecido en la Resolución vigente de la Superintendencia de Notariado y Registro. 12. Las demás actividades que sean asignadas al supervisor y guarden relación con el objeto del contrato Parágrafo: En todo caso, el contratista debe presentar el informe de ejecución contractual y CUENTA DE COBRO DE MANERA MENSUAL, al supervisor, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirección Administrativa y Financiera.	1. Realice autos preliminares de los expedientes: 0660, 0658, 0661 y 0662. Adicionalmente se revisaron los expedientes 0644 y 0659, determinando la duplicidad de estos, con los revisados en la revisión de documentos del mes de octubre. 2. Sostuvo conversación con soporte técnico SISG, para lograr acceso a la plataforma mencionada, sin embargo, no fue posible lograr una solución a esta situación en el mes de noviembre. 3. Se entregaron las correcciones de los autos correspondientes a : bogota norte 0624, bogota sur 0619, cali 0622, según lo solicitado.

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

**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 **FABIO ALONSO ARROYAVE RIVAS** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.143.876.758** de **CALI** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **2560** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.
del CRP No. **519825** CDP No **102425**

Se autoriza el pago por la suma de : \$ **5.965.110,00**

Valor en letras:

CINCO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO DIEZ PESOS CON 00 CTVOS

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	11	2025
AL	30	11	2025

PAGO No.

03

NOVIEMBRE

NOVIEMBRE

Para constancia se firma en **BOGOTÁ D.C.** a los **3** días del mes de **DICIEMBRE** de **2025**

SUPERVISOR

Firma Supervisor

blanca aurora rodríguez romero
profesional especializado 2028-19

CONTRATISTA

Firma Contratista

FABIO ALONSO ARROYAVE RIVAS
Cedula de Ciudadanía No
1.143.876.758 de CALI

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

Página 4

 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 artículo 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 4 días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

Fabio Alonso arroyave rivas

CC 1143876758

 Superintendencia de Notariado y Registro	PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	Código: MP - GNFA - PO - 08 - 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 señor Fabio alonso Arroyave Rivas, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1143876758 de Cali, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 2560 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de noviembre

Dependencia	SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA EL REGISTRO								
Perfil Contratista	ABOGADO ESPECIALIZADO TIPO B								
Mes a cobrar	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	
		1	11	2025		30	11	2025	
Planilla seguridad social	Valor Salud						\$400.000		
	Valor Pensión						\$512.000		
	Valor ARL						\$16.800		
	Pensionado / anexar resolución						NO		
	Número de planilla						1076926362		
	Periodo de la planilla						2025-11		
	Fecha pago planilla						03-12-2025		

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 4 días de diciembre de 2025

FIRMA DEL SUPERVISOR

BLANCA AURORA RODRIGUEZ
Profesional especializado 2028 - 19
Coordinadora IVC Registral

PAGADA 2025-12-03 11:02:48.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIO ALONSO ARROYAVE RIVAS						
Documento	CC 1143876758			Dirección	CALLE 8 OESTE # 28 - 140		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3128935574		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	CALI			Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1143876758		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ARROYAVE RIVAS FABIO ALONSO	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																		Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS				Días ARP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 512.000	\$ 0	\$ 0	\$ 400.000	\$ 16.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-03, 11:01:46 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	FABIO ALONSO ARROYAVE RIVAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1143876758
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1076926362
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1978415397
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 928.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 512.000	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 400.000	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 16.800	\$ 0
SubTotales:				\$ 928.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 928.800



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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? ☐ Sí ☒ 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

Datos guardados

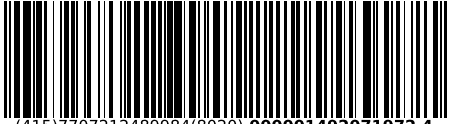
	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ACTA DE INICIO CORREGIDA DE ACUERDO SUPERVISIONES.pdf	ACTA DE INICIO CORREGIDA DE ACUERDO SUPERVISIONES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	APROBACION POLIZA FABIO.pdf	APROBACION POLIZA FABIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Compromiso 519825 DR-GIVCR 857 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2560_2025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO B (1) vf.pdf	Compromiso 519825 DR-GIVCR 857 - CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.2560_2025 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO TIPO B (1) vf.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Supervision FABIO ARROYAVE.pdf	Supervision FABIO ARROYAVE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	U. EXAMEN OCUPACIONAL (1).pdf	U. EXAMEN OCUPACIONAL (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	evidencias septiembre.zip	evidencias septiembre.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO - 1 DIA SEPTIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO - 1 DIA SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	evidencias octubre .zip	evidencias octubre .zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	evidencias noviembre	evidencias.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta 2- octubre 2025 (1).pdf	cuenta 2- octubre 2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14920719724			
				 (415)7707212489984(8020) 000001492071972 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 1 4 3 8 7 6 7 5 8		3		Impuestos de Cali		5	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 1 4 3 8 7 6 7 5 8			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Valle del Cauca 7 6		Cali 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
ARROYAVE		RIVAS		FABIO		ALONSO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Valle del Cauca 7 6		Cali 0 0 1			
41. Dirección principal							
8 OESTE 28 140							
42. Correo electrónico fabioarroyave3@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 1 2 8 9 3 5 5 7 4			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
6 9 1 0 2 0 2 2 0 6 1 0							
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 5 2 2 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 ARROYAVE RIVAS FABIO ALONSO			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			