SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR

Código Regional	**25**
Código Centro	**951010**
Fecha Elaboración	**30 de octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**07687-034352**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ABDUL AREIZA OCAMPO
Correo electrónico contratista: aareizao@sena.edu.co
C.C. 71.330.157 **IP/Nº de contacto** 44443

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10132893670

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1884865/2020 **Nº Compromiso SIIF** 88620

Valor Total del Contrato	$ 9.475.375	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.475.375	**1**	**Del**	**02/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.663.812,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.811.563		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.663.812	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.663.812**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.434.584**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**46318469**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.465.525	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.200	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 811.528	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.434.584,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.246.112,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	32.461,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.631.351,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento 2-9 oct
Alistamiento y capacitación 13-16 octubre
Proceso de Matricula Aprendices 19-23 octubre
Solicitud de documentos 19-23 octubre
descarga de documentación en la pagina de la registraduría 19-23 octubre
Formación Complementaria en Sistemas Excel Basico 26-30 octubre ficha: 2221095
Induccion cuenta de cobro 27 de octubre 2020

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ABDUL AREIZA OCAMPO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JUAN PABLO CAGUA DIAZ
INSTRUCTOR G09

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Fusagasuga 30 de Octubre de 2020

Señor (a)
JUAN PABLO CAGUA DIAZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 1884865
Coordinador academico
Coordinación academica
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes octubre del año 2020

Referencia: No 1884865 del año 2020

ABDUL AREIZA OCAMPO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71330157 de 2020, en mi calidad de Contratista del SENA, en la coordinación academica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro del 01 al 30 de septiembre de 2020.

Valor y forma de Pago: Se fija como valor total para el contrato la suma de NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETEITAICINCO MIL TRECIENTOS SETENTAICINCO MIL M/CTE ($9.475.375), el valor mensual corresponde a TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($3.790.150). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un pago correspondiente al mes de OCTUBRE de 2020 por valor de TRES MILLONES SEICIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE ($3.663.812). b) Un (01) pago igual por el mes de NOVIEMBRE DE 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($3.790.150). c) Un ultimo pago correspondiente al mes de diciembre por valor de DOS MILLONES VEITIUN MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS M/CTE($2.021.413).

Plazo: Será hasta el (16) de (Diciembre) de 2020.

OBJETO:
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL ÁREA TEMATICA DE INFORMATICA DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE – INFRAESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR DEL CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL DE FUSAGASUGÁ DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA.

CLÁUSULA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
3	Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	Realice juicios evaluativos. Participé en Induccion y capacitacion	Evaluación juicios evaluativos de las fichas: 2221095 https://teams.microsoft.com /l/meetupjoin/19%3ameeting
4	Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato.	Desarrolle la formación profesional integral de las fichas asignadas. Participé en Induccion y capacitacion	Pantallazos de información remitida. https://teams.microsoft.com /l/meetupjoin/19%3ameeting_NDRm Mjg4YmYtNTRjZC00ZTAxLTh mNTctNGRmYTQ2MDY0YTdk %40thread.v2/0?contex
5	Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	Remiti información y actividades a las fichas asignadas. Participé en Induccion y capacitacion	Guias, instrumentos de evaluación y actividades. http://meet.google.com/hxf-bavw-oeforfs
7	Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa, adquiridos por los aprendices en el desarrollo de su formación, aplicando los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	Elabore la emisión de juicios evaluativos. Participé en Induccion y capacitacion	https://teams.microsoft.com /l/meetupjoin/19%3ameeting_NDRm Mjg4YmYtNTRjZC00ZTAxLTh mNTctNGRmYTQ2MDY0YTdk %40thread.v2/0?context=%7 b%22Tid%22%3a%22cbc2c3 81-2f2e-4d93-91d1 Reporte de juicios evaluativos.
8	Entregar los soportes del procedimiento de ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matricula; fotocopia del documento de identidad, y/o requisitos definidos en el diseño curricular, cuando ejecute formación complementaria.	Participé en Induccion y capacitación Recolecte información correspondiente al programa de formación.	Correo electronico Fotocopias del documento de identificación de la fichas: 2221095

9	Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación Profesional Integral mediante las siguientes actividades: a). Verificando que la totalidad de los aprendices seleccionados y matriculadosqueden en ese estado. B). Registrando juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos, los juicios evaluativos, rutas de aprendizaje, para los beneficiarios nuevos, reintegrados o trasladados. e). Comunicando al Coordinador Academico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	Participé en Induccion y capacitacion Remiti información personal de cada uno de los aspirantes (Cedulas, planillas de asistencia y certificados de registraduria), evaluación de juicios en la plataforma Sofia Plus.	http://meet.google.com/hxf-bavw-oef Listas de asistencia al programa de formación, copias de certificados de registraduria y reporte de juicios evaluativos.

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. **46318469** la planilla, **Arus** correspondiente al mes de **Octubre**. (Decreto Ley 2106 de 2019 – "*Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencias en (2) folios

Cordialmente,

ABDUL AREIZA OCAMPO
Contratista
C.C. No. 71330157

Recibí a satisfacción:

JUAN PABLO CAGUA DIAZ
Supervisor(a) Contrato 1884865 **de 2020**
Coordinador academico

	INFORME DE SUPERVISION

INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN

CONTRATO No.:					1884865			
OBJETO:					PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL ÁREA TEMATICA DE INFORMATICA DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE – INFRAESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR DEL CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL DE FUSAGASUGÁ DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA.			
VALOR INICIAL:					$9.475.375			
VALOR ADICIONAL:					N/A			
PLAZO INICIAL:					Dos (2) meses y quince días (15)			
PLAZO ADICIONAL:					N/A			
CONTRATISTA:					ABDUL AREIZA OCAMPO			
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO:					71.330.157-1			
RÉGIMEN:					Común		Simplificado X	
SUPERVISOR:					JUAN PABLO CAGUA DIAZ			
INTERVENTOR CONTRATO:					N/A			
ANTICIPO (XXX%)					N/A			
FECHA DE INICIACIÓN:					02 DE OCTUBRE DEL 2020			
ANTICIPO					N/A			
ACTA DE SUSPENSIÓN	**Nº**	**Nº**	**Nº**	**Nº**	N/A	N/A	N/A	N/A
ACTA DE REINICIACIÓN	**Nº**	**Nº**	**Nº**	**Nº**	N/A	N/A	N/A	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN:					16 DE DICIEMBRE DE 2020			
MUNICIPIO:					FUSAGASUGA			
VALOR A PAGAR					$3.663.812			
PAGO No.					1			
PERIODO DEL PAGO					DESDE		02 OCTUBRE DEL 2020	
					HASTA		30 OCTUBRE DEL 2020	
Nº DE PAGOS REALIZADOS					0			

Con base en los informes presentados por el (la) contratista **ABDUL AREIZA OCAMPO** respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros del Centro Agroecológico y Empresarial, tomando como base la presente acta de recibo parcial con un valor a pagar de $3.663.812

C E R T I F I C O Q U E:

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato, y una vez revisada la documentación suministrada por el (la) contratista **ABDUL AREIZA OCAMPO** con relación al desarrollo y ejecución del mismo, las actividades fueron realizadas durante la ejecución en el período correspondiente.

Por lo anterior, el suscrito supervisor (a) **JUAN PABLO CAGUA DIAZ**, hace constar que la información suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos en la ejecución del objeto del contrato.

Se expide en Fusagasugá, a los 30 días del mes de octubre de 2020.

JUAN PABLO CAGUA DIAZ
Supervisor del contrato

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 30092020

No. U24638075

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
Areiza	Ocampo	Abdul		CC.

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
71330154	Femenino [ ] Masculino [X]	19 11 19 77	soltero	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Positiva	Colpensiones	

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Medellín	Urbana [X] Rural [ ]		Antioquia.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
	Femenino [ ] Masculino [ ]		

Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular
	Urbana [ ] Rural [ ]				

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia Dirección	Zona U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

apoteosis

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U24638075

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  - Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de las condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Ayala	Campo	Abdul	

Tipo de doc	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	71330154		X	19/12/1971	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
SURA	Código:	

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no retención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A. filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

V. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio	Código Asesor
Abdul 71330154		

VI. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento en que consta la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

VII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/10/2020 08:05:28 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. 71330157 y Nombres: ABDUL AREIZA OCAMPO.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. 16840686 . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Información ::: 5159000
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
www.policia.gov.co

Fusagasugá 30 de octubre del 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Fusagasugá

Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **(SI)** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **(SI)** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **(NO)** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano.
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **(NO)** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($46.418.400)
e. Por el año gravable 2019, **(NO)** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019, **(NO)** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Fusagasugá a los 30 días del mes de octubre del 2020.

_____

ABDUL AREIZA OCAMPO

C.C 71330157 DE MEDELLIN

Hace constar:

Que el Sr(a) ABDUL AREIZA OCAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71330157 realizó el día 17/10/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ABDUL AREIZA OCAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71330157 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

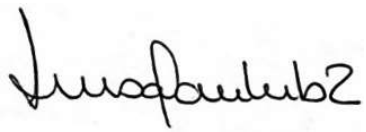
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor ABDUL AREIZA OCAMPO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 71.330.157, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/10/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2020 con riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001020286896.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Octubre de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Miércoles, 28 de Octubre de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ABDUL AREIZA OCAMPO identificado(a) con CC 71330157, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10132893670	2001/03/12	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 01 DE OCTUBRE DE 2020	2741319–0		13370867
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ZAYDA LUCIA MAYA MAYA	7965	4031	01213370867

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
71330157	ABDUL AREIZA OCAMPO		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CL 42 C # 57 96		BELLO	4564197

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
71330157	ABDUL AREIZA OCAMPO

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL DE FUSAGASUGA DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01–OCT–2020	16–ABR–2021	947.538,00	40.000,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01–OCT–2020	16–ABR–2021	197	01–OCT–2020	16–ABR–2021	$40.000	$7.600	$47.600

VALOR A PAGAR EN LETRAS
CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$947.538	$2.843	$947.538,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	4031	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
7965	ZAYDA LUCIA MAYA MAYA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	40.000

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F–01–12–084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT–P	5	N–01–012–011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.1884865.
OBJETO:
PRESTAR SEVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL AREA TEMATICA DE INFORMATICA DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE–INFRAESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE FORMACION REGULAR DEL CENTRO AGRORCOLOGICO Y EMPRESARIAL DE FUSAGASUGA DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

900467430-3
LSO. N° 94639 del 28/11/2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 71330157-114048

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/09/2020 MEDELLIN		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ABDUL AREIZA OCAMPO		**Identificación:**	71330157	
Género	MASCULINO	**Edad:** 42	**Teléfono**		**Móvil:** 3194133093
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Cargo:**	DOCENTE	
Dirección	TRAS 54 A# 50 92		**EPS:**	SURAMERICANA.	
Empresa	SENA		**Escolaridad:**	PROFESIONAL	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST DE APTITUD MENTAL	TEST DE APTITUD MENTAL SIN ALTERACION PARA DESEMPÉÑAR EL CARGO
TAMIZAJE DE VOZ	COMPORTAMIENTO VOCAL TIPICO. PARAMETROS VOCALES ACORDE CON GENERO, EDAD Y CONTEXTURA FISICA. CUALIDADES DE VOZ NORMAL.
OPTOMETRIA	ALTERACION VISUAL CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEñAR EL CARGO
EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGUN EL CARGO, INDUCCION SOBRE LABORES PARA EL CARGO A REALIZAR., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL DURANTE JORNADA LABORAL
PERFIL LIPIDICO	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR.

Observaciones: NO SE EVIDENCIA SINTOMA RESPIRATORIOS NIEGA CONTACTOS CON DIAGNOSTICO DE COVID19, NO PRESENTA PATOLOGIA SUCEPTIBLES DE COMPLICACION POR UN POSIBLE CONTAGIO POR SAR-COV2/COVID 19 SIN RESTRICCIONES Y NI RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑO DEL CARGO SEGUIR RECOMENDACIONES EMITIDAS POR EL AREA DE SST, SIGUIENDO MANUAL DE TRABAJO EN CONDICIONES SEGURAS. RECOMENDACIONES VISUALES CON CORRECION QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEñAR EL CARGO. EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN CARDIOVASCULAR , REALIZADO SIN ALTERACION

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

RESPIRATORIO	INDUCCION O REINDUCCION SOBRE EL USO DE PROTECCION RESPIRATORIA EN AMBIENTE LABORAL, SEGUIR RECOMENDACIONES PARA EL CARGO, CONTROL SEGUN ESQUEMA DE PVE RESPIRATORIO DE LA EMPRESA.	PPyP
VISUAL	USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN RECOMENDACIONES POR OPTOMETRIA, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTE, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN RECOMENDACIONES	PPyP

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

VICTOR HUGO BARAJAS DIAZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC SST 003697 RM 131624909

VICTOR HUGO BARAJAS DIAZ

ABDUL AREIZA OCAMPO 71330157

Firma y cédula del Paciente

LIC SST 003697

Médico Especialisa en Salud Laboral

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14712716681

(415)7707212489984(8020) 000001471271668 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 3 3 0 1 5 7	1	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 1 3 3 0 1 5 7	1 9 9 6 0 2 1 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AREIZA	OCAMPO	ABDUL	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

41. Dirección principal: TV 56 A 50 92

42. Correo electrónico: abaroc@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 4 1 3 3 0 9 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 2 0 0 9 2 3	8 2 1 1	2 0 2 0 0 9 2 3					

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
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 2020 - 09 - 30 / 14 : 38: 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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre AREIZA OCAMPO ABDUL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-09-2020 02:40:00PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO