Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO	GMFP- F- 07
		VERSIÓN	08
	SECRETARÍA DE HACIENDA	FECHA ELAB	28-Agosto-2019
		FECHA APROB	2/01/2024
	PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS	TRD	900

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO	FLOR ALBA FONSECA DULCEY						
C.C. O NIT	37548803 de Bucaramanga						
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	**3162872966**						
VALOR COBRADO	4,500,000.00						
PERIODO DEL VALOR COBRADO	**DÍA:** 16	**MES:** 05	**AÑO:** 2026	—	**DÍA:** 15	**MES:** 06	**AÑO:** 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO :					
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.		FECHA INICIO DEL CONTRATO		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	202600000572- Co1.pccntr.8842339		**DÍA:** 16	**MES:** 01	**AÑO:** 2026
CDP:26-00677	**FECHA:** 2026-01-08	**RP:**26-00567	**FECHA:** 2026-01-14		
CDP ADICIONAL:	**FECHA:**	**RP ADICIONAL:**	**FECHA:**		
OBJETO CONTRACTUAL:	CO1.PCCNTR.8842339 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE INSPECCIÒN Y VIGILANCIA FRENTE AL MANEJO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS PARA GARANTIZAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA				

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA					
ENTIDAD BANCARIA	BANCO DAVIVIENDA				
NÚMERO DE CUENTA	**0550488445615690**	AHORROS	X	CORRIENTE	

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO *"CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA"* ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.

CONTROL DE SUPERVISIÓN			
NOMBRE SUPERVISOR	Alexandra Garcia Esparza		
CARGO SUPERVISOR	Secretaria de salud		
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	**DÍA:**17	**MES:**06	**AÑO:** 2026

CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] *"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO".*

FIRMAS RESPONSABLES

FLOR ALBA FONSECA DULCEY
CONTRATISTA

Alexandra Garcia Esparza
Secretaria de salud
SUPERVISOR

REVISÓ Y APROBÓ
OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN

No. Folios:

NÚMERO DE RADICADO

Fecha: .
Hora:

ACTA No.	N° 5	**TIPO DE CONTRATO**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO	202600000572- Co1.pccntr.8842339	**FECHA DE CONTRATO**	13 de enero de 2026
NOMBRE CONTRATISTA	**FLOR ALBA FONSECA DULCEY,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 37548803 de Bucaramanga		

OBJETO DEL CONTRATO

CO1.PCCNTR.8842339 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE INSPECCIÒN Y VIGILANCIA FRENTE AL MANEJO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS PARA GARANTIZAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA

LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	ALEXANDRA GARCIA ESPARZA		
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA DE SALUD		
OFICINA GESTORA	SECRETARÍA DE SALUD		
PLAZO DEL CONTRATO	SEIS (6) - Meses	**PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica)	
VALOR DEL CONTRATO	27,000,000.00	**VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica)	0.00
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	16 DE ENERO DE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	15/07/2026	**FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN** (si aplica)	

REGISTROS PRESUPUESTALES

RESGISTROS INICIALES

No. DE CDP	26-00677	**FECHA DE EXPEDICIÓN CDP**	2026-01-08
No. DE RP	26-00567	**FECHA DE EXPEDICIÓN RP**	2026-01-14

REGISTROS ADICIONALES (si aplica)

No. DE CDP		**FECHA DE EXPEDICIÓN CDP**	
No. DE RP		**FECHA DE EXPEDICIÓN RP**	

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO	FECHA DE PAGO	NÚMERO DE PLANILLA	VALOR SALUD	VALOR PENSIÓN	VALOR ARL
			Famisanar	Colpensiones	POSITIVA COMPAñIA DE SEGUROS
JUNIO	2026-06-16	6020572965	275,000.00	352,000.00	53,600.00

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)

NOMBRE ASEGURADORA	NUMERO DE PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

TIPO DE ESTAMPILLA	Nº ESTAMPILLA	FECHA PAGO
DEPARTAMENTAL	2502600395259	17/06/2026

PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	16/05/2026 a 15/06/2026
VALOR A PAGAR	$ 4,500,000.00 DE PESOS M/CTE

DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:

No.	ACTIVIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA/SOPORTE
1	Realizar acciones de vigilancia sanitaria de la gestión interna de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades	SE REALIZA VISITA DE IVC A ESTABLECIMIENTOS DEL MUNICIPIO CON RAD: • 4891 • 5119 Visita IVC a los siguientes establecimientos de estética: • OCEAN SPA • PIEL DE DURAZNO	ACTAS VISITA - PDF

2	Realizar jornadas de vigilancia y sensibilización en temas relacionados con el uso y manejo seguro de sustancias químicas y residuos peligrosos en el municipio de Floridablanca.	VISITA IVC A EMPRESA FUGI GOMEZ CON RAD 5357	ACTA VISITA – PDF
3	Brindar apoyo al proceso misional de Gestión Integral de la Salud en la proyección de manuales, planes, programas, procedimientos de la oficina de Salud Ambiental en el municipio de Floridablanca.	N/A	N/A
4	Participar en reuniones o mesas técnicas identificadas a nivel territorial, para abordar los temas de seguridad química de prioridad territorial.	REUNIÓN PLAN CHEQUEO PARA CENTROS DE ESTÉTICA	ACTA DE REUNIÓN - PDF
5	Realizar las acciones de inspección y vigilancia sobre las condiciones higiénico – sanitarias de los cementerios.	N/A	N/A
6	Brindar acompañamiento profesional en las acciones de inspección y vigilancia relacionadas a las condiciones higiénico – sanitarias de las Empresas Sociales del Estado del municipio de Floridablanca.	SE REALIZA IVC A 3 IPS CON RAD: • 5046 • 4930 • 3515	ACTAS VISITA – PDF
7	Hacer entrega en medio magnético al finalizar el contrato de toda la documentación producida y clasificarla en razón de sus funciones (formatos Word y PDF), cada documento que sea producido o recibido por la dependencia debe ir dentro de la serie o subserie correspondiente según la TRD vigente.	N/A	N/A
8	Comprometerse de manera expresa, tanto durante la vigencia del contrato, como después de su extinción, a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas cualquier información del Municipio de Floridablanca, a la que tenga acceso como consecuencia del desempeño de su actividad contractual, ni a utilizar tal información en interés propio o de sus familiares o amigos.	DECLARACIÓN JURAMENTADA	PDF
9	Apoyar a la Secretaría de Salud en los procesos que se llevan a cabo en ejercicio de sus obligaciones y/o en los que se requiere su desempeño, preparación y/o experiencia.	N/A	N/A

ANEXOS: Especificar el tipo de anexo: Actas, procedimientos, formatos, PDF, Excel, fotografías

OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO

Descripción breve de la situación o N/A

Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante este periodo cumplido de ejecución del contrato. Por tal motivo, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda.

En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance parcial de este periodo cumplido de ejecución del contrato es el siguiente:

BALANCE PARCIAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

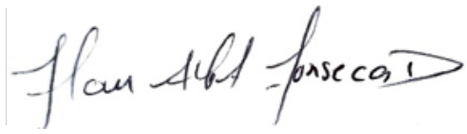
DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$27,000,000.00	
VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)	$0.00	
PRIMER PAGO	CUENTA 01	$ 4,500,000.00
SEGUNDO PAGO	CUENTA 02	$ 4,500,000.00
TERCERO PAGO	CUENTA 03	$ 4,500,000.00
CUARTO PAGO	CUENTA 04	$ 4,500,000.00
QUINTO PAGO	CUENTA 05	$ 4,500,000.00
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 4,500,000.00
TOTAL (sumas iguales)	$ 27,000,000.00	$ 27,000,000.00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, 17 días del mes de junio de 2026



ALEXANDRA GARCIA ESPARZA
Secretaria de salud
Supervisor



FLOR ALBA FONSECA DULCEY,
C.C. No. 37548803 de bucaramanga
Contratista

REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Libertad y Orden

Recibo Nº
2502600395259

Contribuyente

Trámite CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

PRO HOSPITAL	$90.000
PRO UIS	$90.000

Total a Pagar **$180.000**

Fecha de Expedición 2026/06/17 **Fecha Limite de Pago** 2026/06/23

Con destino a: **Alcaldia de Floridablanca**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37548803

Nombre FLOR ALBA FONSECA DULCEY

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600395259(3900)000000000180000(96)20260623

VALOR TOTAL CONTRATO	27.000.000
FECHA CONTRATO	13/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	5
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	8842339

BANCO DE OCCIDENTE 03425 [illegible]
RECAUDO CODIGO BARRAS [illegible] CUSTODIAR
08:36:42 2026/06/17 Normal 658
7709998038639 180,000.00 D
7697231 180,000.00 EF

***-** -

Referencia1 :02502600395259
Referencia2 :
"COPIA" TGD ESTAMPILLAS

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600395259**

Trámite CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a: **Alcaldia de Floridablanca**

Tipo de Doc. C.C. Número: 37548803
Nombre: FLOR ALBA FONSECA DULCEY
Dirección: Teléfono:

VALOR TOTAL CONTRATO	27.000.000
FECHA CONTRATO	13/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	5
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	8842339

PRO HOSPITAL	$90.000
PRO UIS	$90.000

Total a Pagar **$180.000**

¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37548803
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLOR ALBA FONSECA DULCEY
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 197 # 27C 75 PISO 3	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6020572965**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		395923229	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 352.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 352.000	$ 0	$ 352.000
SUBTOTALES:										**$ 352.000**	**$ 0**	**$ 352.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 275.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 275.000	$ 0	$ 0	$ 275.000
SUBTOTALES:													**$ 275.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 275.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 53.600	$ 53.600	$ 0	$ 0	$ 53.600
SUBTOTALES:									**$ 53.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 53.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37548803	FONSECA DULCEY FLOR ALBA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.200.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.200.000	$ 352.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 352.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.200.000	$ 275.000	$ 0	$ 275.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.200.000	37548803	$ 53.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 680.600

Planilla Pagada

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

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

Yo, **Flor Alba Fonseca Dulcey** con documento de identificación No. 37.548.803

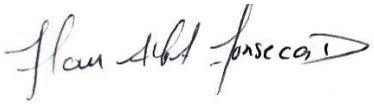
expedido en **Bucaramanga**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Estoy vinculado a la Alcaldía de Floridablanca, hasta el 15 de Julio de 2026 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que **NO** haré uso de costos y deducciones asociados a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

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

CIUDAD Y FECHA: Floridablanca, Junio 17 de 2026.

FIRMA: 

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14947254861

(415)7707212489984(8020) 000001494725486 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 5 4 8 8 0 3	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 5 4 8 8 0 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FONSECA	DULCEY	FLOR	ALBA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CL CALLE 197 27 C 75 P 3

42. Correo electrónico floralbaf@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 8 7 2 9 6 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 2 0 1 0 3	7 4 9 0	2 0 1 0 0 1 0 4				3 2 2 2	

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 2023-09-14 / 10:07:28AM

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 FONSECA DULCEY FLOR ALBA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO