

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN.

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR. 7366483		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEDICIÓN DE INDICADORES DE LAS ACCIONES QUE SE EJECUTAN DENTRO DE LA ATENCION INTEGRAL A LOS BENEFICIARIOS Y/O CUIDADORES.		
Contratista:	ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS		
No. de Cedula	65.757.820		
Fecha Inicio del Contrato	3 febrero 2025	Fecha de Terminación	2 de octubre 2025
Periodo del Informe	3 agosto – 2 septiembre 2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$40.320.000
Valor a Pagar en este periodo	\$5.040.000
Saldo por Pagar	\$5.040.000
Pago No.	7

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
	N/A	

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	4619878015	AGOSTO	\$252.000
Pensión			\$322.600
ARL			\$10.600

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR. 7366483, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **AGOSTO**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Realizar visitas domiciliarias para la caracterización de los beneficiarios del programa de discapacidad y sus cuidadores, a fin de verificar las condiciones económicas, familiares y culturales de las personas con discapacidad.	Realizaron 15 visitas de caracterización socioeconómica y familiar a beneficiarios del Programa de Discapacidad, con el fin de verificar sus condiciones de vida, dinámicas familiares y necesidades prioritarias, está actividad me permitió consolidar información actualizada para la planeación de intervenciones, el fortalecimiento del acompañamiento social y la articulación con las diferentes rutas de atención institucional. Obligacion 1
2. Planificar, preparar y realizar tres (03) charlas o actividades dirigidas a las personas con discapacidad que contribuyan a desarrollar, mantener y potenciar sus habilidades y capacidades,	Realicé 4 talleres dirigidas a los beneficiarios del Centro de Discapacidad, con las siguientes temáticas: Lugares emblemáticos del municipio de Chía,

a fin de mejorar su calidad de vida; las cuales se llevarán a cabo en el Centro de Discapacidad.	pedagógica sobre el aparato digestivo y Salud y vida: ejercitar mi cuerpo Grupo E: (6 asistentes): Lugares emblemáticos del municipio de Chía - actividad orientada a promover el reconocimiento del entorno y el fortalecimiento de la identidad territorial, la estrategia se enmarcó en un ejercicio de trabajo social y estimulación cognitiva, favoreciendo la orientación espacial, la memoria y la participación activa de los beneficiarios. Grupo F (17 asistentes): Realicé una actividad pedagógica sobre el aparato digestivo, orientada al reconocimiento del cuerpo humano y la ubicación de sus órganos principales. La estrategia permitió trabajar habilidades cognitivas como la atención, la memoria y la motricidad fina, al tiempo que se fortaleció el aprendizaje significativo mediante la interacción lúdica. • Grupo B (8 asistentes) y Grupo E (15 asistentes): Desarrollé la actividad “Salud y vida: ejercitar mi cuerpo”, con el propósito de promover el bienestar integral a través de la actividad física adaptada, se buscó fomentar la participación activa, la integración grupal y el fortalecimiento de la autoestima, a nivel cognitivo, permitió trabajar la atención, la coordinación y la memoria motriz, favoreciendo el aprendizaje mediante la práctica y el movimiento. (46 beneficiarios atendidos) Obligación 2
3. Realizar actividades de participación familiar a los beneficiarios del programa de discapacidad y sus cuidadores, con el objetivo de fortalecer las relaciones interpersonales y mejorar la calidad de vida de las familias; las cuales se llevarán a cabo en el Centro de Discapacidad.	• Realicé actividad con 23 cuidadoras del programa, orientada a fomentar el autocuidado a través de espacios prácticos de corte, manicure y peinado, buscando promover el bienestar personal, el fortalecimiento de la autoestima y el reconocimiento de la importancia del cuidado propio como parte fundamental en su rol de cuidadoras. • Realice charla con 22 cuidadoras en la modalidad Generación de Ingresos tema “<i>Soñar, crear y emprender</i>”. motivar a las participantes en la identificación de sus habilidades y potencialidades para el desarrollo de iniciativas productivas, resaltando la importancia de creer en sus capacidades, generar ideas creativas y proyectarlas hacia oportunidades de emprendimiento. (45 beneficiarios atendidos) Obligación 3
4. Apoyar a la Dirección de Acción Social con la medición de la calidad de la prestación de los servicios brindados en el programa	• Esta actividad no se realizó este mes porque a partir de septiembre se deben

de discapacidad a los beneficiarios y sus cuidadores, a través de encuestas y entrevistas, presentado informe de los resultados, permitiendo así identificar acciones de mejora.	realizar en físico y por solicitud de la coordinación
5. Realizar acciones de mejora, conforme a los resultados arrojados por las encuestas, que permitan identificar las necesidades de los usuarios del programa de discapacidad y sus cuidadores, generando mejorar sus condiciones de vida a través de la oferta social	• No se realizo esta actividad, porque depende del resultado de la actividad 4.
6. Apoyar en el seguimiento y en las actividades dirigidas a las personas con discapacidad y sus familias, lideradas por la Secretaría de Desarrollo Social y el programa de discapacidad	• Asistí a la Oficina de Acción Social el 19 de agosto y 2 de septiembre, con el propósito de brindar atención directa a beneficiarios, usuarios y miembros de la comunidad en general, respondiendo a solicitudes, inquietudes y requerimientos relacionados con los programas de Discapacidad y Adulto Mayor. (se atendieron 9 persona) • Asistí a la oficina 26, 27, 28 y 29 de agosto en diferentes horarios brindando apoyo administrativo a la coordinación del programa de discapacidad. • llevé a cabo la entrega de 19 paquetes nutricionales dirigidos a beneficiarios del Centro de Discapacidad, realicé inspección en 5 de las entregas para verificar el contenido de los mismos, garantizando el cumplimiento de la calidad de los productos y la adecuada recepción por parte de los usuarios; en esta oportunidad hicieron falta algunos artículos por la vigencia del contrato. • Realicé seguimiento en el Centro de Discapacidad, el 15 de agosto, verificando el desarrollo de actividades, el estado de las instalaciones, la minuta del servicio de alimentación y la asistencia de los beneficiarios. • Visita a la sede mundo mágico y reunión con la coordinadora del operador por solicitud directa de la Dra. Claudia Bernal para verificar el estado de las instalaciones, el numero beneficiarios y de profesionales que atiende la modalidad, ya que se han presentado quejas por parte de algunos familiares; se evidencia buen estado y adecuación de la sede, de 5 profesionales solo hay 3; está pendiente por contratación tiempo completo la Fonoaudióloga y la educadora especial. Obligación 6
7. Prestar apoyo en las reuniones, comités y/o jornadas, capacitaciones o talleres que le sean asignados desde la Secretaría de Desarrollo Social relacionados con población con discapacidad.	• Asistí a las reuniones de seguimiento y programación de cronogramas con la coordinadora del programa, los días 4, (reunión Supervisión Informes mensuales) 15 y 25 de agosto, con el fin de evaluar el desarrollo de actividades, recibir retroalimentación y coordinar los apoyos necesarios para la ejecución de las acciones dirigidos a la población beneficiaria y sus cuidadores del programa de discapacidad • Asistí a la capacitación practica Primer Respondiente el día 11 de agosto en el

	centro de discapacidad, evaluación final del programa. • Realicé la entrega de 26 almuerzos a vendedores Ambulantes de lunes a viernes los días 12 al 15; 19 al 22, 25 al 29 de agosto y 1 y 2 de septiembre, pertenecientes a la modalidad "Ponte en mis Zapatos", en el parque principal de Chía; esta actividad se desarrolló como parte del acompañamiento social brindado, con el objetivo de fortalecer el vínculo institucional y garantizar el acceso a apoyo alimentario a población en condición de vulnerabilidad. • Asistí al curso de Lengua de Señas Colombiana, ofrecido por el Colegio ICAL, los días 14, 21 y 28 de agosto, en el horario de 9:00 a 11:00 a. m; en la sala de juntas de la Oficina de Juventudes. • Asistí al curso de LSC de la Gobernación de Cundinamarca de manera virtual los días 14 y 21 de agosto, capacitación tiene como propósito fortalecer la comunicación inclusiva y mejorar la interacción con la población con discapacidad auditiva. • Asistí a capacitación en el Teatro Zea Mays el 14 de agosto, Cundinamarca promueve una vejez llena de movimiento, salud y bienestar • Brinde acompañamiento a la capacitación sobre Manipulación de Alimentos, dirigida a 20 beneficiarios del Programa de Discapacidad en las instalaciones de la Fundación, su objetivo era fortalecer los conocimientos y prácticas en el manejo higiénico de los alimentos, requisito indispensable para la participación en las ferias de emprendimiento. Obligación 7
8. Todas las demás actividades que se requieran por parte de la supervisión y que permitan el desarrollo del objeto contratado.	• Gestione con la Secretaría de Salud los casos de discapacidad que tienen inconvenientes con sus EPS, para que desde esta oficina brinden apoyo necesario. • Reunión y apoyo administrativo al seguimiento de entrega mercados del programa de Adulto Mayor en la sede Casa día Fagua. • Realice acompañamiento a la actividad de cierre de la semana de adulto mayor en la sede casa día Fagua, a la cual asistieron aproximadamente 1300 adultos mayores. • Realice acompañamiento y seguimiento a una beneficiaria del Programa de Discapacidad, tras ser reportada como desaparecida, una vez ubicada, la usuaria manifestó un presunto caso de violencia sexual y conflicto intrafamiliar, por lo cual se efectuó acompañamiento al hospital San Antonio de Chía para la respectiva valoración médica y se gestionó orientación con la madre frente a la situación presentada, la actuación requirió dedicación de la jornada completa, garantizando la atención prioritaria del caso y el direccionamiento hacia la ruta de atención correspondiente.

	Asistí a la carrera de la Mujer el 31 de agosto, brindando apoyo y acompañamiento a los beneficiarios del programa de discapacidad y Adulto mayor que harían parte de la misma. Obligación 8
--	--

Evidencia fotográfica y actas dentro del informe de gestión de la obligación

ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS
C.C 65.757.820 De Ibagué

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

CARACTERIZACIÓN SOCIO ECONOMICA FAMILIAR

Beneficiarios programa de discapacidad

CODIGO

GG5-FT-XX-VX

PAGINA

1 de 2

FECHA DE ELABORACION

HORA

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRES Y APELLIDOS

CC

TI

RC

CE

NUMERO DE IDENTIFICACION

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DIRECCION DE RESIDENCIA

CALLE

CALLE

CELEBRAR

TIPO DE RESIDENCIA

URBANA

RURAL

GENERO

MASCULINO

FEMENINO

TIPO DE DISCAPACIDAD

FISICA

AUDITIVA

VISUAL

SORDOCUJERA

PROCESOS SOCIALES MENTALES

INTELLECTUAL

MENTAL

OTRA

OTRO

HISTORIA CLINICA

SI

NO

TRASTORNOS GENERALES

SI

NO

AFILIACION A SALUD

CONTRIBUYENTE

SUBSIDIADO

REGIMEN ESPECIAL

NO TIENE

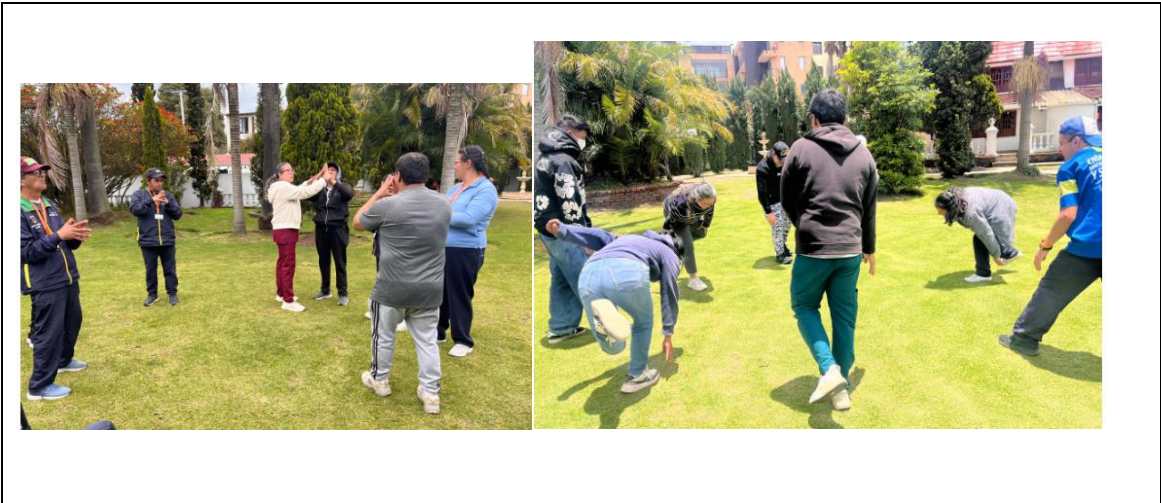
NOIR

CUAL EPS

CAUSACION DE DISCAPACIDAD

OBLIGACION No.2 (46 beneficiarios)

Taller:



OBLIGACION No.3

Actividad:



OBLIGACIÓN No.4

OBLIGACION No.5

OBLIGACION No.6

Atención oficina



Entrega mercados (22 mercados entregados)



Seguimiento centro de discapacidad



1 de agosto 2025. (120 beneficiarios)

OBLIGACION No.7

Reuniones de Equipo:



Practica primer respondiente:



Entrega Almuerzo modalidad Ponte en mis Zapatos – Vendedor Ambulante



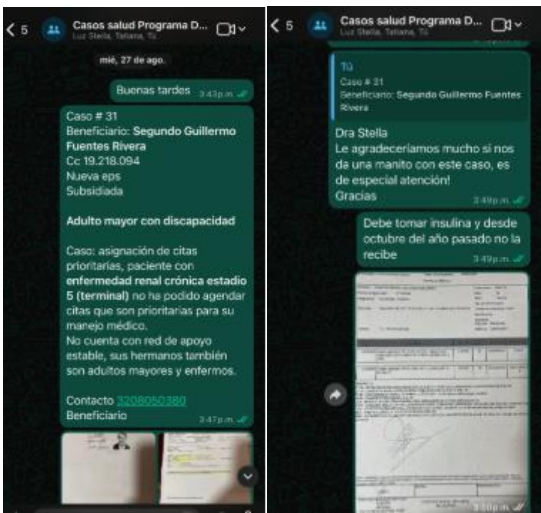
Curso lenguaje de señal colombiana LSC ICAL y Gobernación Cundinamarca



Curso manipulación de alimentos para beneficiarios



OBLIGACION No.8
Casos EPS secretaría de Salud



Seguimiento Mercados Adulto Mayor

No	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	CEDULA	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
62	JESSICA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CC	1000940763					
63	JESUS DAVID ALARCON	CC	80430352	X		X	X	X
64	JESUS DANIEL LÓPEZ MOLINA	TI	1015437257	X	X	X	X	X
65	JESUS ALBERTO SALGADO ROMERO	CC	1072699866	X	X	X	X	X
66	JESUS DAVID ORTENA VALERO	CC	1028405172	X	X	X	X	X
67	JHON SERGIO RAMIREZ	PE	884440	X	X	X	X	X
68	JHON JAIRO ROMERO SILVA	CC	1072703406	X	X	X	X	
69	JHON JAIME GONZALEZ LAGOS	CC	11204850	X	X			
70	JOHAN SEBASTIAN BERNAL SANCHEZ	CC	1072704193	X	X	X	X	X
71	JOHN ESTEBAN HERNANDEZ CIFUENTES	CC	1072663821	X	X		X	X
72	JOHN FREDDY PINZON GARZON	CC	1072647026	X	X	X	X	X
73	JORGE ALFREDO QUECAN	CC						
74	JOSE IRALDO CRUZ QUITIAN	CC	7842489	X	X	X	X	X
75	JOSE MIGUEL BOJACA BARRIGA	CC	80397870	X	X	X	X	X
76	JOSE ORLANDO GARCIA MORENO	CC	79272584	X	X	X	X	X
77	JOSE ISMAEL PENAGOS CASTELLANOS	CC	2994259	X	X	X	X	X
78	JOSE JESUS VASQUEZ CASTILLO	CC	207851	X	X	X	X	X

Actividad cierre semana de adulto mayor



Carrera de la mujer



CERTIFICACION PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y
REGLAMENTARIA

Yo, **ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS** identificado con cédula de ciudadanía No. 65.757.820 En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos ala parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

☐

La presente certificación se firma a los 3 días del mes de febrero de la vigencia 2025.

☐

FIRMA:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					65757820				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					CHIA					DEPARTAMENTO:					ANA JUDITH JIMENEZ RAMOS				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CALLE 21 NO. 13 -37					TELÉFONO:					CUNDINAMARCA				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					11111111				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2025/09/02				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

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	\$ 322.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 322.600	\$ 0	\$ 322.600
SUBTOTALES:										\$ 322.600	\$ 0	\$ 322.600

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 252.000
SUBTOTALES:													\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 252.000

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.600	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 10.600
SUBTOTALES:									\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 10.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																	
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	PENSIÓN					SALUD					ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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
1	CC 65757820	JIMENEZ RAMOS ANA JUDIT	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.016.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 2.016.000	\$ 322.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 322.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 2.016.000	\$ 252.000	\$ 0	\$ 252.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 2.016.000	\$ 65757820	\$ 10.600	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Certificación Bancaria



Miércoles, 10 de abril de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS** identificado(a) con CC. **65757820** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	946-314532-06	2022/01/24	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a 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 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



Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141125013629			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 657578209				6. DV 9		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 65757820		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Tolima		30. Ciudad/Municipio Ibagué		001	
31. Primer apellido JIMENEZ		32. Segundo apellido RAMOS		33. Primer nombre ANA		34. Otros nombres JUDIT	
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 DG 54 D 187 43 AP 102 IN 10							
42. Correo electrónico juju732@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 7516687		45. Teléfono 2 3192364978			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7220	47. Fecha inicio actividad 20240206	48. Código 0010	49. Fecha inicio actividad 20000208	50. Código 1 8230	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 09 - 17 / 19 : 46: 36			
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 JIMENEZ RAMOS ANA JUDIT			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			