

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	17 de diciembre 2025
Periodo del Informe	3 octubre – 2 noviembre 2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$52.920.000
Valor a Pagar en este periodo	\$5.040.000
Saldo por Pagar	\$7.560.000
Pago No.	9

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	7993688090	OCTUBRE	\$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 **OCTUBRE**, 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.	Realicé 4 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, esta 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. Obligación 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, a fin de mejorar su calidad de vida; las cuales se llevarán a cabo en el Centro de Discapacidad.	Realicé 3 talleres dirigidos a 43 beneficiarios del Centro de Discapacidad así: Grupo A: Historias que nos conectan taller de expresión oral y creatividad, en el cual cada participante debía construir una historia colectiva a partir de imágenes que se iban mostrando de manera secuencial, sentados en círculo, una persona iniciaba el relato y los demás continuaban agregando elementos según la imagen que les correspondía, la actividad favoreció la comunicación, la imaginación y la escucha activa, fortaleciendo las habilidades narrativas y la empatía al compartir diferentes ideas y emociones dentro del grupo. Grupo D: Jugando con mi memoria actividad grupal orientada al fortalecimiento de los procesos cognitivos y la estimulación de la memoria a corto plazo, mediante un ejercicio tipo <i>concéntrese</i>, la actividad permitió trabajar la atención, la concentración y la agilidad mental de los participantes, promoviendo además la interacción social y el trabajo colaborativo a través del juego, se evidenció entusiasmo, participación activa y disposición al aprendizaje. Grupo E: Interpretando con imaginación Llevé a cabo un taller de expresión corporal y autoestima, en el que cada participante recibió una peluca y debía caracterizar un personaje, posteriormente, se utilizaron láminas con diferentes figuras para crear escenas e historias, promoviendo la espontaneidad y el trabajo en grupo, durante la actividad se observó un ambiente lúdico, alegre y participativo, que permitió desarrollar la creatividad, reforzar la confianza en sí mismos y generar un espacio de diversión e integración. 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 14 cuidadoras del programa de discapacidad, en casa de la mujer; orientada a reflexionar sobre la importancia de los vínculos familiares y afectivos como fuente de apoyo en el ejercicio del rol de cuidado, las participantes elaboraron un antifaz simbólico, representando en él los sentimientos, emociones y pensamientos que suelen ocultar frente a los demás, generando un espacio de introspección, expresión emocional y escucha empática; permitió reconocer la relevancia de la familia como red de contención y amor, fortaleciendo la autoestima, la comunicación y el sentido de pertenencia entre las cuidadoras, se evidenció un ambiente cálido, participativo y de confianza, que favoreció la cohesión grupal y el bienestar emocional. Realicé 1 charla con 8 cuidadoras en la modalidad de Generación de Ingresos, orientada a fortalecer la motivación, la confianza y la capacidad de comunicar sus ideas y proyectos personales. Comunicar mi sueño de emprender sin miedo, promoviendo la reflexión sobre las barreras emocionales que limitan el

	crecimiento personal y el desarrollo de iniciativas productivas, a través del diálogo y ejercicios prácticos, la actividad permitió generar un espacio de inspiración, empoderamiento y apoyo mutuo, fortaleciendo las habilidades comunicativas y la autoconfianza de las cuidadoras frente a sus propósitos de vida y emprendimiento. (22 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 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.	Realice 8 encuestas de satisfacción en la modalidad presencial Obligación 4
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	se realiza informe de encuestas para ser socializado con la coordinación del programa Obligación 5
7. 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 15, 20, 21, 22, 24 y 28 de octubre, con el propósito de brindar atención directa a beneficiarios, usuarios y miembros de la comunidad, apoyo en temas administrativos, archivo, informes etc con la coordinación del programa. - Asistí a Reunión de seguimiento mundo mágico el 23 de octubre con todo el equipo de discapacidad: cronogramas, horarios, frecuencia de atención a beneficiarios. - Realice acompañamiento al día dulce en la fundación en las diferentes actividades que se realizaron. Obligación 6
8. 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 16 y 21 de octubre 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. - Realicé la entrega de 26 almuerzos a vendedores Ambulantes de lunes a viernes los días 3 – 14 al 17; 20 al 24, y 27 al 31 de octubre 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 a reunión con la Dra Claudia Bernal el 17 de octubre en las oficinas para informar nuevos horarios de atención en las nuevas oficinas, informes de actividades entre otras. Obligación 7

- Gestioné con la Secretaría de Salud los casos de discapacidad que tienen inconvenientes con sus EPS, para que desde esta oficina brinden apoyo necesario.
- Asistí a simposio de enfermedades respiratorias en pacientes pediátricos y enfoque en el manejo
- Apoyé la entrega de mercados a adulto mayor el 17, 23 de octubre en la oficina antigua de desarrollo social.
- Asistí a reunión oficina las TIC, capacitación retención documental.
- Apoyé diligenciamiento de la matriz de retención documental de los programas de discapacidad y adulto mayor a la Coordinadora del programa.
- Apoyé trasteo a nuevas oficinas CAM.
- Apoyo actividad día dulce realizado para las familias de municipio en la plazoleta del teatro Zea Mays, entregando manillas, acompañando las familias.
- Realice acompañamiento al festival del Adulto Mayor en la Concha acústica y en la plazoleta del teatro Zea Mays, decoración de la tarima, organización, recibimiento de los adultos mayores, empaque de 100 anchetas, servida de lechona, y acompañamiento en diferentes actividades.

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

ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS
C.C 65.757.820 De Ibaqué

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.

OBLIGACION No.1- (11 beneficiarios caracterizados)

	CARACTERIZACIÓN SOCIO ECONOMICA FAMILIAR Beneficiarios programa de discapacidad	CÓRGO	GOS.F.T.XX.VV.
	PAGINA	1 DE 2	

CHILA, 2 DE NOVIEMBRE DEL 2025.

Informe de Visitas de Caracterización Socioeconómica y Familiar – Programa de Discapacidad

Fecha: octubre 2025
Número de visitas 4

Introducción

El presente informe tiene como finalidad socializar los resultados obtenidos durante las visitas domiciliarias realizadas a los beneficiarios del Programa de Discapacidad, con el propósito de conocer de manera directa las condiciones de vida, dinámicas familiares y contextos socioeconómicos que influyen en su bienestar y en el ejercicio pleno de sus derechos.

Objetivo general

Identificar las condiciones socioeconómicas, familiares y de entorno de los beneficiarios y sus cuidadores, con el fin de orientar acciones de acompañamiento psicosocial y fortalecer las estrategias de atención integral en el marco del Programa de Discapacidad.

Descripción

Datos personales y generales del beneficiario:

FECHA DE ELABORACION:		HORA:
DATOS DEL BENEFICIARIO		
NOMBRE Y APELLIDOS:		
Tipo de Documento:	CC / TI / BC / I / DE :	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		
MUNICIPIO:	ZONA URBANA / ZONA RURAL:	Otros:
SITUACIÓN LABORAL		
FUENTE DE INGRESO:	AUTÓNOMA / EMPLEADO / SUBSISTENCIA PROPIA:	VINCULO LAB:
TIPO DE DISCAPACIDAD:	PROCESUAL MENTAL / INTELECTUAL:	OTRO:
DISCAPACITADA O CONDICIÓN CRONICA:	SI / NO:	
GRADIENTE GENERAL:	SI / NO:	
CLASIFICADOR DE OCUPACIONES:	SI / NO:	
CONDICIONES VITALES		
CONTINGENTES:	SUBSIDIOS:	BENEFICIO ESPECIAL:
NO TENE:	NIQUEL:	LUGARES:
OPINION SOBRE LA VISITA		

Este registro muestra cuatro fotografías tomadas durante la visita al domicilio del beneficiario. Las imágenes capturan momentos donde se interactúa con el individuo y otros miembros de su familia o cuidadores dentro de un hogar modesto.

OBLIGACION No.2

Taller: Grupo D



Taller grupo A



Taller Grupo E



OBLIGACION No.3

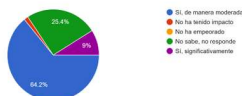
Actividad: cuidadores casa de la mujer



OBLIGACIÓN No.4

GRAFICAS RESULTADOS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN
PROGRAMA DE DISCAPACIDAD OCTUBRE 2025

¿Los servicios recibidos en el Centro de Discapacidad han mejorado su calidad de vida ¿porque?
67 respuestas



¿Cómo califica las instalaciones del Centro de Discapacidad?
67 respuestas

Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Edad	Numero de celular	¿Cómo calificaría la calidad de los s
0 Diana Marisol Gil Rodríguez	35198957	43	313	Buena
0 Yeimmy Carolina Rodríguez Martí	1072660586	32	313	Buena
0 Rosaminta Gómez Sepúlveda	35477246	53	310	Buena
0 Juan Camilo Giraldo Cubillos	1026294229	29	310	Buena
0 Yineth Tatiana Latorre Gaitan	1003527435	25	300	Buena
0 Robert Yesid Guerrero	1072675150	25	302	Buena
0 Ana María Sánchez Garzón	1072 715704	26	300	Buena
0 Carlos Alberto Barragán Suárez	5993061	56	300	Buena

OBLIGACION No.5

No se realiza porque depende de la actividad #4



Secretaría de
DESARROLLO SOCIAL Dirección de
ACCIÓN SOCIAL

Análisis de Encuestas de Satisfacción – Programa de Discapacidad Mes: octubre

Durante el mes de octubre se aplicaron 8 encuestas de satisfacción a los beneficiarios del Programa de Discapacidad, con el propósito de evaluar la percepción frente a la calidad de la atención, la pertinencia de las actividades y el acompañamiento brindado por el equipo profesional.

Los resultados evidencian un **alto nivel de satisfacción** por parte de los participantes, quienes destacan la calidad humana, la empatía y el compromiso del personal del programa. Se resalta especialmente el valor que otorgan a los espacios de integración, recreación y fortalecimiento emocional, los cuales contribuyen positivamente a su bienestar y a la mejora de su calidad de vida.

Sin embargo, se identificaron **aspectos de mejora**, entre ellos la necesidad de aumentar la frecuencia de las actividades grupales y la diversificación de los talleres orientados al desarrollo de habilidades funcionales y ocupacionales. Algunos beneficiarios también manifestaron interés en fortalecer la comunicación y el acompañamiento continuo a los cuidadores.

OBLIGACION No.6

Atención oficina



Reunión Mundo mágico

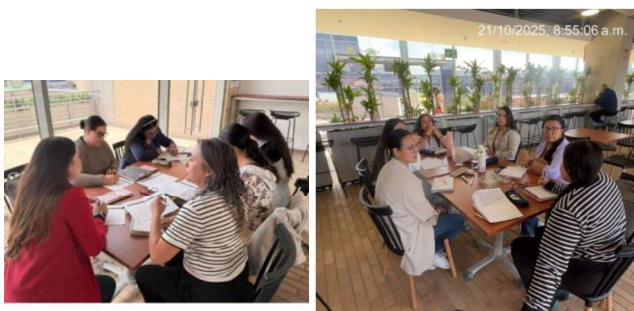
ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN				
ACTA DE REUNIÓN		CÓDIGO	ASIG-F701-V1	
		PÁGINAS	1 de 3	
PROCESO: Gestión Social Para el Desarrollo				
DEPENDENCIA: Secretaría de Desarrollo Social - Dirección de Acción Social				
RESPONSABLE DE LA REUNIÓN:				
NATURALEZA DE LA REUNIÓN:				
☐ Consejo ☐ Comité ☒ Reunión ☐ Otro				
Reunión Segundo Nivel de Trabajo a Nivel de				
ACTA N°	FECHA: 25 de Octubre 2015			
LUGAR	Municipio de			
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	Salvador Lopez	2542345678	Coordinador	salvador.lopez@desarrollo.gov.co
	María Elena	2542345679	Asistente	maria.elena@desarrollo.gov.co
	Carlos Rodríguez	2542345680	Asistente	carlos.rodriguez@desarrollo.gov.co
	Patricia Gómez	2542345681	Asistente	patricia.gomez@desarrollo.gov.co
INVITADOS	Carlos López 2542345678 María Elena 2542345679 Carlos Rodríguez 2542345680 Patricia Gómez 2542345681			
ORDEN DEL DIA				
1. Reunión de Trabajo a Nivel de				
2. Reunión de Trabajo a Nivel de				
3. Reunión de Trabajo a Nivel de				

Día Dulce Discapacidad



OBLIGACION No.7

Reuniones de Equipo:



ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN				
ACTA DE REUNIÓN		CÓDIGO	ASIG-F701-V1	
		PÁGINAS	1 de 3	
PROCESO: Gestión Social Para el Desarrollo				
DEPENDENCIA: Secretaría de Desarrollo Social - Dirección de Acción Social				
RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Carlos López Acosta				
NATURALEZA DE LA REUNIÓN:				
☐ Consejo ☐ Comité ☒ Reunión ☐ Otro				
Reunión Grupo Organizacional y Milla Milla				
ACTA N°	FECHA: 7 de Octubre 2015			
LUGAR	C.A.A.			
ASISTENTES	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	María Elena	2542345678	Coordinador	maria.elena@desarrollo.gov.co
	Carlos Rodríguez	2542345679	Asistente	carlos.rodriguez@desarrollo.gov.co
	Patricia Gómez	2542345680	Asistente	patricia.gomez@desarrollo.gov.co
	Salvador López	2542345681	Asistente	salvador.lopez@desarrollo.gov.co
INVITADOS	Carlos López 2542345678 María Elena 2542345679 Carlos Rodríguez 2542345680 Patricia Gómez 2542345681			
ORDEN DEL DIA				
1. Reunión de Trabajo a Nivel de				
2. Reunión de Trabajo a Nivel de				
3. Reunión de Trabajo a Nivel de				

Entrega Almuerzo modalidad Ponte en mis Zapatos – Vendedor Ambulante

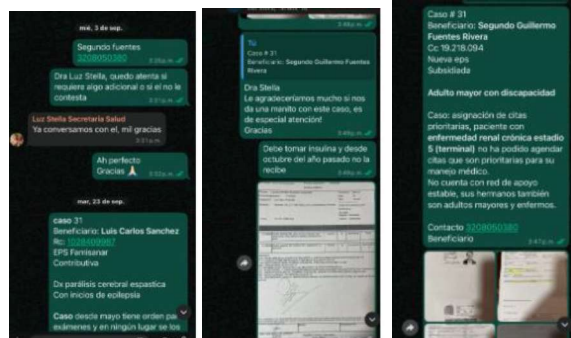


Reunión Dra Claudia Bernal



OBLIGACION No.8

Casos EPS secretaría de Salud



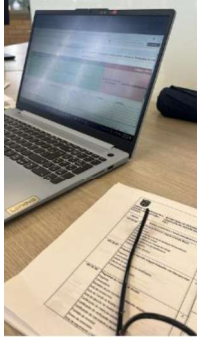
Reunion Tic -capacitación



Entrega mercados Gobernación de Cundinamarca (10)



Diligenciamiento Matriz retención documental TIC



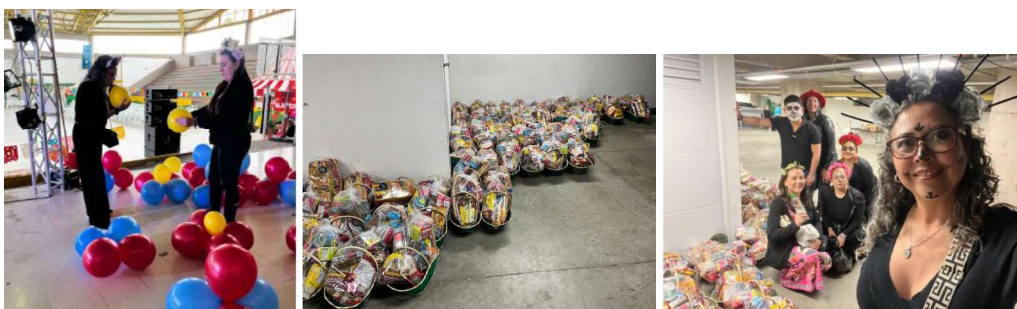
Apoyo trasteo oficinas CAM



Apoyo día dulce plazoleta Zea Mays



Apoyo Festival Adulto mayor y familia



**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:

TOTAL APORTE A SALUD														
ADMINISTRADORA		No. COOTANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADICION	COTIZACIÓN	VALOR ADICION	APORTES	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 252.000		\$ 0	\$ 252.000	\$ 0
SUB-TOTALES:						\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 252.000		\$ 0	\$ 252.000	\$ 0
TOTAL APORTE A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COOTANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADICION	COTIZACIÓN	VALOR ADICION	APORTES	DESCUENTO
14-11	14-11 - ARL SURIA	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 10.600		\$ 0	\$ 10.600	\$ 0
SUB-TOTALES:						\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 10.600		\$ 0	\$ 10.600	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 585.200
----------------------	-------------------

Certificación Bancaria

Miércoles, 29 de octubre de 2025

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 aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	94631453206	2022-01-24	ACTIVO	*****

***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 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 del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141125013629			
		 (415)7707212489984(8020) 000014112501362 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6 5 7 5 7 8 2 0 9		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 6 5 7 5 7 8 2 0	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Tolima 7 3		30. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1	
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 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal DG 54 D 187 43 AP 102 IN 10					
42. Correo electrónico juju732@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 7 5 1 6 6 8 7		45. Teléfono 2 3 1 9 2 3 6 4 9 7 8	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7 2 2 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 4, 0 2, 0 6	48. Código 0 0 1 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 0 0, 0 2, 0 8	50. Código 8 2 3 0	51. Código
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
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					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
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.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre JIMENEZ RAMOS ANA JUDIT					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					