Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 3515 2021 **C.D.P. No.:** 305 **Proceso al que pertenece:** URGENCIAS / ASISTENCIAL / MEDICO GENERAL
**Unidad a la que pertenece:** CAPS ALTAMIRA

**Nombre del Contratista:** JOHAN CAMILO ARAGON ORTIZ **C.C.** 1.022.396.481 **de:** BOGOTA D.C

**Fecha Inicio:** 2021-02-23 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 5.760.000 **Valor a cobrar:** $ 6.912.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 384.000 | 774 | | 30/04/2021 |
| 2 | $ 9.792.000 | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 5.376.000 | $ 790.300 | 48447815 |
| 2 | MARZO | $ 6.144.000 | $ 665.300 | 49188363 |
| 3 | ABRIL | $ 6.912.000 | $ 760.400 | 950765469 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 17.280.000 | $ 27.456.000 | $ 18.432.000 | $ 9.024.000 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el período:** **Desde:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente | Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada | Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales | Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención | Informé al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 6 | Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadisticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 8 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados | Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clinica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello | Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello | Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos | Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos | Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos |
| 13 | Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales | Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos |
| 14 | Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad | Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 15 | Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado | Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 16 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio | Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 17 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 18 | Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio | Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandaron el servicio | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 19 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB | Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 20 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención | Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 21 | Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 22 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 23 | Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica | Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplicaba | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 24 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad | Instrui a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias. |
| 26 | Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros | Factilité las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias. |
| 27 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantia de Calidad | Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantia de Calidad | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias. |
| 28 | Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor | Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a mi favor | Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social |
| 29 | Apoyar en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas | Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 30 | Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades | Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución. | Registro de historia clinica en el aplicatvo Dinamica Gerencial. |
| 31 | Las demás asignadas por la supervisión del contrato | Cumplí las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato | Notificacion de actividades de la supervision |

**Observaciones:**

JOHAN ARAGON

**Firma del Contratista**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**C.C.** 1.022.396.481 **de** BOGOTA D.C

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Luz Guiselle Linares Jimenez |
| **CARGO:** | Directora Técnica de Urgencias |
| **FIRMA** | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION U | C | S | D | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1022396481- | JOHAN CAMILO ARAGON ORTIZ | X | | | | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2021 | 3 | 2021 | 498495 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA / PRIVADA / MIXTA: MIXTA | PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE: INDEPENDIENTE | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALLE 7 B #69D-06 | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ, D. C. | 11 | 4142705 | 4142705 | JOHARAGON@UAN.EDU.CO | 9609 | 0 | 1 | 2021/04/09 | 950765469 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564-7 | 307.200 | 0 | | 0 | | 0 | 307.200 | 0 | 0 | 0 | 307.200 | 0 | | 0 | 0 | 307.200 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800229739-0 | 393.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 393.300 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 59.900 | | 0 | 0 | 59.900 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 59.900 | | 0 | 599 | 59.900 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,IMAJRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 393.300 | 393.300 |
| SALUD | 307.200 | 307.200 |
| RIESGOS LABORALES | 59.900 | 59.900 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 760.400 | 760.400 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 02 Mes ABRIL de 2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**Nombre:** JOHAN CAMILO ARAGON ORTIZ

**C.C. No** 1022396481

La suma de: $6.912.000

Total Horas: 216

Por concepto

Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3515 2021, correspondiente al mes de ABRIL DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE **MEDICO GENERAL** PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

JOHAN CAMILO ARAGON ORTIZ
JCTHANARAGON

C.C. No. 1022396481

Teléfono: 3013053578

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14640345231

(415)7707212489984(8020) 000001464034523 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 2 3 9 6 4 8 1 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 | 1 0 2 2 3 9 6 4 8 1 | 2 0 1 2 0 9 1 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARAGON | ORTIZ | JOHAN | CAMILO |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 7 B 69 B 06

42. Correo electrónico: joharagon@uan.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4 1 4 2 7 0 5 | 3 0 1 3 0 5 3 5 7 8 |

## 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 |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 9 0 8 1 3 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2019 - 08 - 13

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 SANCHEZ VEGA LUZ ADIELA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO