Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PECOS HUGO TOBAR ENCISO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	18184249							
CORREO ELECTRONICO:	pecos.tobar@gmail.com				CELULAR:	3114788382							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS BOSTON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO02I06	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2170057455								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2134-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2						
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	12612	FECHA	31/01/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	3	2021		31	3	2021				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$81.692 V/HORA											
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%	$0									

OBSERVACIONES: En el mes de Marzo / 2021 se agendaron y se realizaron en la U.S.S. Boston un total de: 144 Horas. MEDICO INTERNISTA EN EL MES DE MARZO DE 2021 ATIENDE PACIENTES CON COVID-19.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$61.380.000
VALOR EJECUTADO	$30.389.424
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11.763.648
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$30.990.576
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7783328959	$7.450.310	$931.289	$1.192.050	3	$181.490	**$2.304.828**

Dado en Bogotá a los días del mes de Marzo del año 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PECOS HUGO TOBAR ENCISO

PECOSHUGO TOBAR ENCISO

NIT 18184249-1
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764005785175
Fecha 16/10/2020 - 16/04/2021
Autorización de Facturación Electrónica del PHTE1 al PHTE50

Bogotá	10	03	2021	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	N° PHTE32

Cliente:	Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.	**NIT:**	900959048	**Fecha de firmado:**	11/03/2021 02:15:36
Dirección:	Calle 9 # 39-46	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	7560505
Email:	liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co	**Tipo negociación:**	Contado	**Medio de pago:**	Transferencia Débito Interbancario
Vencimiento:	Marzo 10 del 2021	**Hora emisión:**	21:15:41	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Total de Lineas: 1					

1	Honorarios Fontibón	144,00	Honorarios Fontibón POR CONCEPTO SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA PRESTADOS EN LA USS BOSTON DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2021.	EA	$81.692,00	$11.763.648,00

SON: (ONCE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS)
CUFE: fd4c90262a2ef3e5fd0512169ca6e609ad77c8a0b16e6d2ed3e7bf369f7549b5fb95eb6fc9dfdda12de04dc50e9e603d

SUBTOTAL:	$11.763.648,00
TOTAL:	$11.763.648,00

NOTAS:

Firma Digital:
HjuJNjMXwX7P0y67BcA+VEgTxzauPU+3O+8bK81HpbeXAnRQgNjQpub2MYOBWUgdclYK3wKvUXOQn2UljkgoFD2Pr7xl4Xd8l0EMcxGWw2SyrzbBHEu8Blj0JI0LpqsqZaDjZz9QUP+O/RX1QRGQn10gLOlGGPp53ST2U+OsU5xqhx3v7Vz
LdwCl1Dcna+ZuTCxaeGOuFNihcahfl4nhoXdY6fEpNn6ymKhB//ITpfylHyfdNwU2Jt2EzO72vm2sDNBYQdHLXTYjya9PX4bROPMRiVoeVuVBW5vhEfkiDZVUmt2ibfo1oCIzAFzeUjMyYM22oGyNnJdf4ODSvmQ81w==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena s.a. Nit. 890.930.534-0

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión: 2 Fecha de aprobación: 3/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

Ubicación del Servicio:	**MEDICINA INTERNA**					**Sede: UMHES FONTIBON ZONA FRANCA**					
No. DE CONTRATO:	**2134 - 2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	3	2.021		31	3	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Pecos Hugo Tobar Enciso**		**C. C.**		**18.184.249**		**DE**		**Puerto Asís**		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina Interna dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	100%	Llevo el registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participar en la programación de actividades del área.	100%	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO LO REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	CUANDO SE REQUIERA
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$ 11.763.648** **(Once millones setecientos sesenta y tres mil seiscientos cuarenta y ocho pesos)**

C.C. 18184249

Fecha : Febrero 2021

RODOLFO DUARTE CELY

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	18184249
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PECOS HUGO TOBAR ENCISO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 90 # 49 A 44 TORRE 1 APTO 904	TELÉFONO:	7539645
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con interna
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7783328959			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/03/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			918242614

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.737.900	$ 0	$ 0	$ 54.400	$ 54.400	$ 0	$ 0	$ 1.846.700	$ 0	$ 1.846.700
SUBTOTALES:										**$ 1.846.700**	**$ 0**	**$ 1.846.700**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.357.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.357.700	$ 0	$ 0	$ 1.357.700
SUBTOTALES:													**$ 1.357.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.357.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 264.600	$ 264.600	$ 0	$ 0	$ 264.600
SUBTOTALES:									**$ 264.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 264.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 18184249	TOBAR ENCISO PECOS HUGO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 10.861.524				NO

NOVEDADES	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
	230201- PROTECCION	30	$ 10.861.524	$ 1.737.900	$ 54.400	$ 54.400	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.846.700

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
	EPS008-COMPENSAR	30	$ 10.861.524	$ 1.357.700	$ 05 1.357.700	

SEGURIDAD SOCIAL – ARP	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.861.524	18184249	$ 264.600

PARAFISCALES	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 3.469.000

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PECOS HUGO TOBAR ENCISO

C.C 18.184.249 DE PUERTO ASÍS

La suma de $11.763.648 (Once millones setecientos sesenta y tres mil seiscientos cuarenta y ocho pesos), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Médico Internista durante el periodo de 01 al 31 de Marzo de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2134 - 2021.

PECOS HUGO TOBAR ENCISO

C.C 18.184.249 DE PUERTO ASÍS

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 2170057455

Bogotá DC 18 de Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO X cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI X NO _____
5. SI X NO _____ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI X NO _____ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO X realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO X o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI X NO _____

Atentamente

NOMBRE Pedro Hugo Tobar E.
C.C 18.184.249.
UNIDAD Boston

FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizados

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14400488738

(415)7707212489984(8020) 000001440048873 8

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 8 1 8 4 2 4 9	1 9 9 0 0 9 0 3

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Puerto Asís 5 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TOBAR	ENCISO	PECOS	HUGO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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 90 49 A 44 TO 1 AP 904 BRR LA CASTELLANA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
pecos.tobar@gmail.com		3 1 1 4 7 8 8 3 8 2	7 5 3 9 6 4 5

CLASIFICACION

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 6 2 1	2 0 0 9 0 4 3 0						

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	1	6																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

16- Obligación facturar por ingresos bienes

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: 2 0 1 7 0 1 1 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: TOBAR ENCISO PECOS HUGO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-01-2017 10:21:48AM

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO