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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

## I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 3207 2021 | C.D.P. No.: | 302 | Proceso al que pertenece: / Unidad a la que pertenece: | GESTION HOSPITALARIA / UMHES SANTA CLARA |
| Nombre del Contratista: | JUAN GABRIEL CEPEDA MURCIA | | | C.C. | 1.026.550.900 de 0 |
| Fecha Inicio: | 2021-02-22 | Fecha Terminacion inicial: | 2021-03-31 | Valor Mensual: | $ 6.528.000 |
| Valor a cobrar: | $ 6.528.000 | | | | |

| ADICION/ OTRO SI | VALOR ADICION | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.944.000 | $ 710.600 | 19883634 |
| 2 | MARZO | $ 6.528.000 | $ 380.300 | 19995199 |
| 3 | ABRIL | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 4 | MAYO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 5 | JUNIO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 6 | JULIO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 7 | AGOSTO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 9 | OCTUBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 12 | ENERO 2022 | $ 0 | $ 0 | 0 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 12.288.000 | $ 12.288.000 | $ 9.472.000 | $ 2.816.000 |

## II. 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 periodo:** Desde: 2021-03-01 Hasta: 2021-03-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la oferta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS 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, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente , en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Realizó las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente , en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles | registro en historia clina dinamica. |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizado, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | registro en historia clina dinamica. |
| 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 | Prestó 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 | registro en historia clina dinamica. |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. | Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio | registro en historia clina dinamica. |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, 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. | Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | registro en historia clina dinamica. |
| 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. | Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | registro en historia clina dinamica. |
| 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 | Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención | registro en historia clina dinamica. |
| 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. | Realizó el seguimiento y control a pacientes en los que participó e impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | registro en historia clina dinamica. |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron. | registro en historia clina dinamica. |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. | Diligenció en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presentaron fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello | registro en historia clina dinamica. |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | registro en historia clina dinamica. |
| 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. | Garantizó 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 . | no aplica |
| 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. | Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista que se destine a las actividades asistenciales | no aplica |
| 14 | El contratista deberá velar por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio. | El contratista veló por la seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio. | no aplica |
| 15 | 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. | Participó 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. | actividades ejecutadas de acuerdo a lineamientos de la institucion. |
| 16 | Tener la disposición de participar en la programación de actividades del servicio. | participó en la programación de actividades del servicio. | actividades ejecutadas de acuerdo a lineamientos de la institucion. |
| 17 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | ver actividades instauradas por la subred |
| 18 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | se apoyo a la subred en sus diferentes actividades realizadas. |
| 19 | 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. | Participó 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 demanden el servicio. | se dio respuesta a lo solicitado por la unidad |
| 20 | 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. | Prestó el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se generaron Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. | no aplica |
| 21 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notificó los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | se realizaron las fichas correspondientes en el mes. |
| 22 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | se realizaron las fichas correspondientes en el mes. |
| 23 | Diligenciar y reportar oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. | Diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. | se realizaron los certificados correspondientes en el mes. |
| 24 | 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 | Instruyó a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | ejecutado con educacion medica |
| 25 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Instruyó a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | no aplica. |
| 26 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | en el mes de mayo no por aislamiento social. |
| 27 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación a su supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias. | Informó al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | sin novedades. |
| 28 | 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. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad | Facilitó las labores de supervisión que la SUBRED, realizó en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. Recibió y entregó turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad | se informaron las novedades al supervisor. |
| 29 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Cumplió oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. Portó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | se enviaron soportes para pago en los tiempos establecidos. |
| 30 | 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, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL. | Acreditó 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, anexó la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud salud, pensión y ARL. | se enviaron soportes para pago en los tiempos establecidos. |
| 31 | Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. | Desarrolló las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. Acreditó inscripción en el RETHUS Y MIPRES. | se enviaron soportes para pago en los tiempos establecidos. |
| 32 | Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato | Cumplió la programación de turnos de servicios, realizó el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato. | se cumplio con las actividades programadas en cuadro. |

**Observaciones:**

| | |
|---|---|
| HORAS | |
| FACTURA | |

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

**Firma del Contratista**

C.C. 1.026.550.900 de 0

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | | CARGO |
|---|---|---|
| NOMBRE: | *GINA PAOLA ORTIZ ORTIZ* | *REFERENTE GESTION HOSPITALARIA* |
| FIRMA | | |

Rut

SOPAGOS S.A.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | JUAN GABRIEL CEPEDA MURCIA |
| IDENTIFICACION: | CC-1026550900 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-03-15 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-03-08 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-03-08 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2021-02 |
| PERIODO SALUD: | 2021-02 |
| NUMERO PLANILLA: | 19995199 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 19995199 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 1.228.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 163.800 | $ 163.800 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.228.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 196.700 | $ 196.700 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 1.228.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 30.000 | $ 30.000 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 390.500 | $ 390.500 |

PS 3207
204 horas
32.000=

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 06/04/2021

Escaneado con CamScanner

**CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. _____ Mes Marzo de 2021**

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

**DEBE A:**

**Nombre:** Juan Gabriel Cepeda Murcia
**C.C. No.** 1026550900

La suma de: $ 6'528.000 =

Total Horas: 204

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3207 2021, correspondiente al mes de Marzo 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,

JUAN GABRIEL CEPEDA MURCIA
C.C. No. 1026550900
Teléfono: 3212044222

Escaneado con CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14303505984

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 6 5 5 0 9 0 0 — 9

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 2 6 5 5 0 9 0 0

27. Fecha expedición: 2 0 0 4 0 4 0 6

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA

29. Departamento: 1 6 9 Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio: 1 1 Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: CEPEDA

32. Segundo apellido: MURCIA

33. Primer nombre: JUAN

34. Otros nombres: GABRIEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA

39. Departamento: 1 6 9 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio: 1 1 Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CL 57 SUR 18 28

42. Correo electrónico: tecnho_juan@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 7 6 9 2 3 4 9

45. Teléfono 2: 3 2 1 2 3 0 5 1 0 8

## 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 1 4 0 7 2 8 | | | | | | |

### 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: | 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

55. Forma: ☐ 56. Tipo: ☐

### Exportadores

| 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: 2 0 1 4 0 7 2 8

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: LINARES ARDILA HECTOR DARIO

985. Cargo: Analista IV

COPIA NO CONTROLADA
DOCUMENTO SIN VALIDEZ