INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WALTER LOZANO GUTIERREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.073.678.729						
CORREO ELECTRONICO:	LOZANOGUTIERREZWALTER@GMAIL.COM				CELULAR:	3222028555						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	proteccion especifica - covid Kennedy				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	525-000017-33								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5487-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1	
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	05 de abril de 2021	NÚMERO DE CRP		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la DIRECCION DESERVICIOS DEL RIESGO EN SALUD, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. DIGITADOR.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		9	4	2021		30	4	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.647.761							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.208.358
VALOR EJECUTADO	$1.208.358
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.208.358
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

Dado en Bogotá en el mes de Abril del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

WALTER LOZANO GUTIERREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Ubicación del Servicio:	Proteccion especifica-covid Kennedy			KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	5487-2021.	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			9	4	2.021		30	4	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WALTER LOZANO GUTIERREZ		C. C.		1.073.678.729		DE		SOACHA

Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la DIRECCION DESERVICIOS DEL RIESGO EN SALUD, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. DIGITADOR.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Diligenciamiento de los registros diarios de vacunación y Digitación en el software de estos registros de la estrategia extramural e intramural	SI	Se diligencian los registros diarios de vacunación y Digitación en el software de estos registros de la estrategia extramural e intramural	Bases digitadas con los registros diariosde vacunación
2. Actualización en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural	SI	Se actualiza en el software los registros de vacunación de la estrategia extramural e intramural	Bases actualizadas con los registros
3. Diligenciamiento del registro diario para consolidado mensual.	SI	Se diligencia el registro diario para consolidado mensual.	Ingreso los registros al aplicativo PAI, DON DOCTOR Y BASE DE DATOS
4. Generar listados diarios de vacunación en estrategia intramural o extramural.	NO		
5. Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	SI	Se ingresa la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	Ingreso de informacion al aplicativo PAI, DON DOCTOR Y BASE DE DATOS
6. Elaboración de los informes solicitados.	NO		
7. Asistir a reuniones programadas locales y distritales	SI	Se asiste a reuniones programadas locales y distritales	Asistencia a reuniones programadas
8. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se diligencia de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	Diligenciamiento claro y completo de datos en los aplicativos y bases de datos
9. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la subred	SI	Se guarda absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la subred	Confidencialidad con la informacion
10. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a los establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente	SI	Se cumple a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a los establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente	Cumplimiento con las actividades asignadas
11. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base a las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS - Subred- Sur Occidente.	SI	Se da cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base a las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS - Subred- Sur Occidente.	Se cumplen con las metas propuestas
12. Participar activamente en las jornadas de salud Pública, programadas tanto por la SDS como por la Subred Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción.	SI	Se participa activamente en las jornadas de salud Pública, programadas tanto por la SDS como por la Subred Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción.	Participación active

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.208.358 UN MILLON DOSCIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS)

Walter Lozano Gutierrez

WALTER LOZANO GUTIERREZ CC 1.073.678.729

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

BOGOTÁ DC, ABRIL DE 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA.

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

WALTER LOZANO GUTIERREZ

CC. 1.073.678.729 DE SOACHA.

La suma de UN MILLÓN DOSCIENTOS OCHO MIL TRECIENTOS CINCUENTA Y OCHO M/C, ($ 1.208.358), por concepto de servicios DIGITADOR durante el periodo de 09 de abril de 2021 al 30 de abril de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° **5487-2021.**

WALTER LOZANO GUTIERREZ.

CC 1.073.678.729 de SOACHA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO **525-000017-33**

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL EMPLEADOR

II. AFILIACIÓN

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

LOZANO	GUTIERREZ	WALTER							
			1073178723		X		14	05	1988

Parvva	3046326	KR 13C # 18 SUR 36		GURA		
Soacha	Cundinamarca		3222028555	lozanogutierrezwalter@gmail.com		Con parte

IV. DATOS DE UBICACIÓN Y CONTACTO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DEL CABEZA

LOZANO GUTIERREZ WALTER		1073178720			
KR 13C # 18 SUR 36	Soacha	Cundinamarca		3222028556	lozanog.kamaradar@gmail.com

FECHA INICIO DE PERIODO DE PRUEBA	11	04	2021	CARGO: Digitador

VI. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

PRIMER APELLIDO: LOZANO	SEGUNDO APELLIDO: GUTIERREZ	PRIMER NOMBRE: WALTER							
			1073178720			X	14	05	1988
11	04	2021	Cotiza						

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IX. FIRMAS

Walter Lozano Gutierrez

X. ANEXOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD RECEPTORA

Escaneado con Cam

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto. (Circular conjunta 030 de mayo de 2013)

Yo, LOZANO GUTIERREZ WALTER, identificado (a) con [ ] [ ] [X] [ ] Otro: ____, número 1073078729 de SOACHA, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SI [X] NO [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SI [X] NO [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SI [X] NO [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SI [X] NO [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [X] NO [ ]
6. Entendí y comprendí la información en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [X] NO [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y efectivos para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SI [X] NO [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3222028555 y/o correo electrónico lozanogutierrezwalter@gmail.com
SI [X] NO [ ]

Condicionante
Firma: Walter Lozano Gutierrez
Tipo ID C.C No. ID 1073078729
Fecha (dd/mm/aaaa) 11/04/2021
Dirección: KR 13C # 18 SUR 36
Tel: 3222028555 Municipio SOACHA
Departamento: CUNDINAMARCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: ____
Tipo ID ____ No. ID: ____
Fecha (dd/mm/aaaa) ____
Dirección ____
Tel ____ Municipio ____
Departamento ____

Huella

Información de NUEVA EPS
Asesor ____
Código ____ Oficina ____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999 a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms, short message service, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien éste encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y el encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado ha incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
- Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Tendrá carácter facultativo las respuestas que versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas y niños y adolescentes.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o complementen, me informaron que podré conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que pondrá a mi disposición:

Sitio web www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al usuario de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita 01 8000 956400
Línea de atención en Bogotá 307 7092
Conmutador (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85c No. 46A – 65 P. 6 y 7.

Dicha información incluirá la información pertinente contenida en este formulario así como la información obtenida en el tratamiento de datos y/o demás documentos anexos, será elaborada por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para las fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicha información podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos y el cual se realizará a través de sí misma terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE PENSIONES A LAS QUE PAGA	ADMINISTRADORA DE CESANTÍAS	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA	SI	NO	RECIBE SUBSIDIO	SI	NO
DIGITADOR	SURA	PORVENIR	1908.526			X			X

Tipo de Trabajador: Dependiente [ ] Servidor Público [ ] Pensionado [X] Cotizante [ ] Tipo de Cotizante: Dependiente [ ] Servidor Público [ ] Pensionado [ ] Cotizante [ ] Estudiante [ ] Aprendiz [ ] Universitario [ ] Estudiante de Servicio Social [ ] Practicante [ ] Practicante Universitario [ ] Profesor [ ] Madre Comunitaria [ ] Trabajador de Tiempo Parcial [ ] Trabajador Dependiente [ ] Trabajador Independiente [ ] Trabajador de Tiempo Parcial [ ] Otro [ ] ¿Cuál? ____

Fecha Ingreso: ____ Fecha Retiro: ____ Código: ____ Días Cotizados: ____

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero: ____ | Tipo de Identificación: ____ | No. de Identificación: ____ | Dígito de Verificación: ____ | Razón Social: ____ | Dirección: ____ | Teléfono: ____ | Ciudad: ____ | Departamento: ____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre(s) Gestor(a) Promotor(a): ____ | Canal de Afiliación: ____ | Nombre Colector Comercial: ____ | Código Colector Comercial: ____ | Código Punto de Venta: ____ | Nombre Punto de Venta: ____

Escaneado con Cam

porvenir

Santafe de Bogotá, D.C.,

Señor (a)
WALTER LOZANO GUTIERREZ
CR 13 c 18 SUR 36
SOACHA

REF: Radicado N 1073678729
No. Identificaciòn 1073678729
T.N. N.A.

Respetado (a) señor (a)

En atención a su comunicación, me permito informarle que en nuestra base de datos de Pensiones Obligatorias, quedò actualizada su información de la siguiente

Tipo Identificación	CC
No. identificación	1073678729
Primer Nombre	WALTER
Segundo Nombre	
Primer Apellido	LOZANO
Segundo Apellido	GUTIERREZ
Fecha Nacimiento	14/05/1988
Sexo	M
Dirección	CR 13 c 18 SUR 36
Télefono	3222028555
Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	SOACHA
Envio Correspondecia	RESIDENCIA
Apartado Aereo	
Nit Empresa	860029997
Tipo Afiliado	INDEPENDIENTE_CONTRATISTA

En los anteriores términos esperamos haber atendido a satisfacción su requerimiento. Para próximas solicitudes puede radicar la comunicación en la Oficin

Cordial Saludo,

Gerencia de Clientes

Escaneado con Cam

ARL | sura

Medellín, 14 de abril de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que WALTER LOZANO GUTIERREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073678729 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha Inicio cobertura: 09/04/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013; Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10736787292110453497

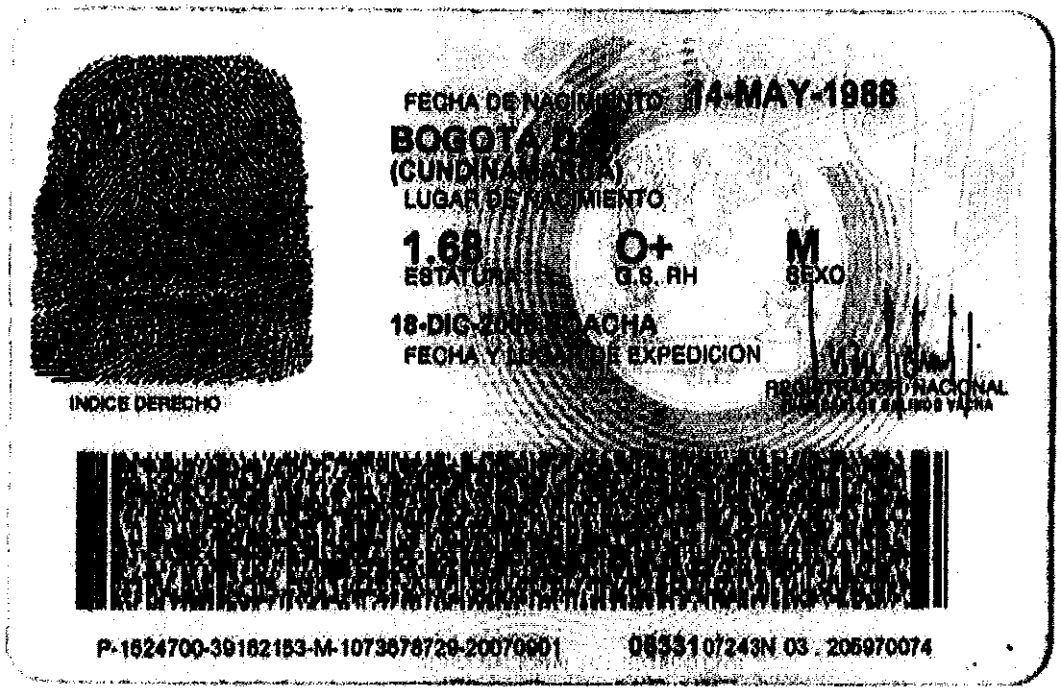
Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 14/04/2021 2:51 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-DIC-2007
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
P-1524700-39162153-M-1073678729-20070001
0



DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14752579066

(415)7707212489984(8020) 000001475257906 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 3 6 7 8 7 2 9	7	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 7 3 6 7 8 7 2 9	2 0 0 6 1 2 1 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOZANO	GUTIERREZ	WALTER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 13 C 18 36 SUR

42. Correo electrónico: walterlozanogutierrez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 2 1 3 1 3 0	3 2 2 2 0 2 8 5 5 5

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 2 1 0 4 0 9	8 6 9 9	2 0 1 4 0 7 1 5				

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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 2021 - 04 - 15 / 13 : 22: 35

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 LOZANO GUTIERREZ WALTER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:29/03/2021

C.C. 1073678729 | WALTER LOZANO GUTIERREZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 13C N. 18 36 SUR Teléfonos: 3222028555

Dirección electrónica: lozanogutierrezwalter@gmail.com Ciudad: SOACHA Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 29/03/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 15/07/2014

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 29/03/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

ISO 9001 SGS CO18/8129