Cuenta de cobro 006 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LAURA DANIELA HUERFANO SUAREZ
C.C. 1022412957 de Bogotá

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SEISIENTOS VEINTE SIETE MIL SETESIENTOS CUARENTA Y CUATRO ($3.627.744)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6281 de 2021 correspondiente del 1 al 30 de JUNIO de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Laura Huerfano
NOMBRE CONTRATISTA
C.C. 1022412957
Teléfono: 3022513366 Dirección: Carrera 88 #6ª - 90
No Cuenta 29960309471 ahorros Bancolombia

Fecha: 30/JUN/IO2021

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 – GESTIÓN 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 6281 2021 **C.D.P. No.:** 1230

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL

Nombre del Contratista: LAURA DANIELA HUERFANO SUAREZ **C.C.** 1.022.412.957 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-05-26 **Fecha Terminación incial:** 2021-06-30 **Valor Mensual:** $ 3.627.744 **Valor a cobrar:** $ 3.627.744

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 3.627.744		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.232.368	$ 4.232.368		$ 4.232.368

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-06-01 **Hasta:** 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital	Se cumple con las acividades establecidad de acuerdo al cronograma para dar cumplimiento a los eventos de MME, ideacion suicida, violencias, familias con condiciones cronicas, estrategia ETIS	Base VSP, canalizaciones, formatos y drive de reporte diario
2	Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos que rijan para el periodo de ejecución	Se realiza la ejecucion de las caracterizaciones con los formatos, con calidad del dato y correcto diligenciamiento.	Formatos de caracterizacion, formatos (cope 28, SRQ, RQC, OMS, APGAR Familiar, plan familiar).
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Elaboracion de cronograma mensual de actividades.	Cronograma mensual
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud	se realizo el apoyo a las actividades inherentes del contrato como lo son las jornadas de muestreo de pruebas covid-19 en las diferentes localidades de la subred centro oriente.	Listados de asistencia, fichas de notificacion de pruebas covid-19.
5	Realizar apropiación conceptual desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS	Se realizo acta de apropiacion de lineamientos del entorno hogar e institucio	Acta de apropiacion
6	Realizar acciones, asesorias integrales y técnicas extramurales e intramurales, a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil profesional, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS	Se realizan intervenciones integrales a los usuarios de las localidades asignadas desde el perfil de enfermeria, por medio de las visitas domiciliarias, y los seguimientos telefonicos en la periodicidad que se indican en los lineamientos del entorno hogar e institucional para los diferentes eventos asignados.	Formatos de plan familiar, bases VSP
7	Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental, desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos	Con la poblacion abordada se realizan acciones de prevencion desde el enfoque de salud que permiten dar cumplimiento a los lineamientos y orientar de forma pertinente a la comunidad abordada.	Actas y listados
8	Realizar acciones, asesorias integrales y técnicas extramurales e intramurales, desde su perfil profesional, en los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos transversales, en instituciones o entidades asignadas. (Hogares, instituciones educativas, de protección, IPS-UPGDs, establecimientos comerciales formales, unidades de trabajo informal, en el espacio público, etc), conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Se realizan atenciones en los diferentes espacios en los que se realizan los abordajes generando asesorias integrales a la comunidad, de acuerdo al lineamiento.	Formatos de plan familiar, bases VSP

9	Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los equipos territoriales	Se participa en las asistencias tecnicas convocadas por la SDS y los del entorno hogar e institucional.	Acta y listado de asistencia
10	Realizar revisión de las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por sus acciones o intervenciones de los equipos territoriales, garantizando la calidad del registro y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Se realizan formatos establecidos para el perfil de enfermeria dando cumplimiento a los productos que se requieren en la estrategia de seguimiento para la gestion integral de riesgo familiar, para los eventos asignados.	Bases VSP, actas de entrega, formatos del entorno hogar e institucional.
11	Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.	Se realizan articulaciones con las entidades asi como la promocion a la comunidad de las diferentes ofertas intitucionales que requiera la poblacion de acuerdo a su necediad.	Formatos de plan familiar, actas
12	Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones	Se realizan procesos de canalizacion para activar rutas según el caso.	Formatos y base de canalizaciones
13	Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Se realiza entrega de procductos solicitados en las fechas establecidas para dar cumplimiento a la meta que se establece dentro del entorno con la calidad en el diligenciamiento de los firmatos	Actas de entrega
14	Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen, en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Se diligencian los formatos establecidos de acuerdo a los instructivos con calidad y veracidad que se requiere por gestión documental.	Actas y soportes
15	Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Se realiza proceso de planeacion apara dar cumplimiento a las actividades con la población, brindando atenciones que cumplan con la necesidad de los diferentes eventos.	Actas, soportes y fichas tecnicas
16	Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se generen durante y después de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.	Se realiza proceso de verificacion y organizacion documental para las preauditoria y auditorías.	Acta y soportes
17	Participar en las asistencias técnicas convocadas	Se participa en las asisitencias tecnicas convocadas por la SDS, la Subred Centro Oriente y la lider del entorno hogar e institucional.	Actas y listados
18	Responder desde su competencia, en el seguimiento y elaboración del informe de los resultados sectoriales en los planes locales de acción de las políticas, y en los correspondientes a los espacios de participación y coordinación	Se realiza el diligenciamiento de las bases VSP, las bases de PMU, y las demás bases solicitas por el entorno hogar que permitan dar cumplimento a la información de las activados realizadas durante el mes.	Bases e informe mensual
19	Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública y la SDS.	Se da cumplimiento a los requerimientos solicitados por parte de la SDS	Actas y soportes
20	Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas	Se da cumplimiento a las actividades establecidas para el correspondiente mes de forma oportuna.	Base de datos, actas y listados
21	Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos	Se asiste a las reuniones convocadas por parte de los líderes del entorno hogar e institucional	Actas y listados
22	Responder por el achivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental	Se realizan las entregas de los soportes fisicos de las acciones ejecutadas	Acta de entrega semanal
23	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato	Se estuvo disponible para dar respuesta a las obligaciones asignadas por el supervisor del contarto	Actas de entrega
24	Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se realizan las acciones de la estrategia en las localidads asignadas en el entorno hagar e institucional	Listados de asistencia para la verificacion

Observaciones:

Laura Huérfano

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. 1.022.412.957 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	YESSICA PAOLA FAJARDO CC 1099212768
CARGO:	LIDER OPERATIVO - SEGUIMIENTO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIEGO
FIRMA	Yessica Fajardo
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL
FIRMA	Laydi Martinez

Certificado Bancario

Martes, 30 de Marzo de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LAURA DANIELA HUERFANO SUAREZ identificado(a) con CC 1022412957, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	29960309471	2016/05/25	ACTIVA

*** 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 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno.

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** 21 06 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite
A. Afiliación [ ]
B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ]
C. Institucional [ ]
D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [X]
B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad [ ] **8. Número de documento de identidad**

9. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] **10. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia [ ] **12. Discapacidad** Tipo F N M Condición T P **13. Puntaje SISBÉN** **14. Grupo de población especial** **15. Administradora de riesgos laborales - ARL** **16. Administradora de pensiones**

17. Ingreso base de cotización - IBC **18. Residencia**

Zona Urbana [X] Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad [ ] **21. Número de documento de identidad** **22. Sexo** Femenino [ ] Masculino [ ] **23. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1015
B		
B		

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

35. Nombre o razón social **36. Tipo de documento de identificación** [ ]

37. Número del documento de identificación **38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad [ ] **Número de documento de identidad** **Sexo** Femenino [ ] Masculino [ ] **Fecha de nacimiento** D D M M A A A A **42. Fecha** D D M M A A A A

43. EPS anterior **44. Motivo de traslado** Código [ ] **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la [illegible] de los padres o la declaración [illegible] [ ]
63. Copia de la autorización de [illegible] de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a [illegible] autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo [illegible] de las autoridades competentes en donde conste la calidad de beneficiario o [illegible] de oficio. [ ]

21 JUN 2021
Cód 644 Ana Milena Velandia C.
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

67. Datos del SISBÉN | 68. Fecha de [illegible] | 69. Fecha de validación

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 1416 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0371

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14754707022

(415)7707212489984(8020) 000001475470702 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 4 1 2 9 5 7	2	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 4 1 2 9 5 7	2 0 1 4 0 2 2 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
HUERFANO	SUAREZ	LAURA	DANIELA

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: CR 88 6 A 90

42. Correo electrónico: laurahuerfanos@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 2 5 1 3 3 6 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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 9 2	2 0 2 1 0 1 2 9							

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																				

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 - 28 / 23 : 33: 42

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 HUERFANO SUAREZ LAURA DANIELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO