Secretaria 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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1653 2022	**C.D.P. No.:**	105	**Proceso que pertenece:**	HOSPITALIZACION-URGENCIAS
				Servicio al que pertenece:	PEDIATRIA
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN BLAS

Nombre del Contratista: BETSY PAOLA RIVERA ESCALANTE **C.C.** 1.083.468.065 **de:** CIENAGA

Fecha Inicio: 2022-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 11.454.000 **Valor a cobrar:** $ 11.454.000

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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 11.454.000	$ 1.399.800	56739613	11/02/2022
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 32.886.000	$ 32.886.000	$ 11.454.000	$ 21.432.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-02-01 **Hasta:** 2022-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO 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	"Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión."	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial
2	Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia 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	Se llevo acabo la atencion con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertenencia con estandaderes de habilitacion y acreditacion	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial
3	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido	se cumplio con la asignacion de horarios en las diferentes unidades según programacion	Programacion de turnos, registrados en cuadro de turnos
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.	Se realizo activades de atencion y se explicaron planes de egreso como de recomendaciones	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial
5	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	se realizo el registro correcto de la historia clinica de los diagnosticos como de procedimientos	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial y realizacion de fichas de notificacion
6	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	Se Mantuvo la reserva de la información y se realiza una atencion basada en las normativas vigentes	
7	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	Se Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial y entrega de incicaciones medicas a personal de enfermeria
8	Emitir conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados	Se Realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

9	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la 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 clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma	Se Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial, impresión de formulacion, medicamentos nor pos e interconsultas, con sello y firma
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos	Se Mantuvo la reserva de la información	
11	Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y 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	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Registro en notas de turno y notas de enfermeria en el sistema de dinamica gerencial
12	Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Registro en notas de turno y notas de enfermeria en el sistema de dinamica gerencial
13	El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Registro en notas de turno y notas de enfermeria en el sistema de dinamica gerencial
14	Apoyar 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.	Di respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne	Respuesta de quejas escritas entregadas a referente
15	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB	se realizo acompañamiento a los requerimientos de facturacion para apoyar proceso de conciliacion	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial
16	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	se realizo las notificaciones, correspondientes y se realizo acompañamiento en las revisiones	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial y realizacion de notificacion de eventos adeveros
17	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se realizo fichas de notificaciones, según protocolos vigenges.	Entrega de fichas de notificacion
19	Apoyar las 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	Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera.	Registro de jefe de turno de participacion
20	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	Se capacito a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial
21	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	
22	Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros	se realizaron informes solicitados, para la supervisión del contrato	Registro en cuenta de cobro
23	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisiónn y de la Oficina de Calidad	se realizo cumplimiento de actas y acciones de mejoras	Registros entregados a supervisor
24	Prestar el servicio de conformidad con la programaciónn de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades	se realizaron agendas asignadas	Resgitro en cuadro de turnos
25	Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas.	participo en el estudio de casos	

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Betsy Rivera F.

Firma del Contratista

C.C. 1.083.468.065 **de** CIENAGA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	HECTOR JAVIER QUIONEZ ALBARRACIN
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	SANTOS FIDEL HERRERA CACERES
CARGO:	MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32
FIRMA	

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento

Número de Factura: BPRE-15

Código Único de Factura - CUFE : d28ca397e54b3981c894dc77430a7934e9a618e46f0a59246ac14ac547d3b46de3656b363bb92bb1729507754070029d

Fecha de Emisión: 14/02/2022
Tipo de Operación: Generica
Tipo de Negociación: Contado
Orden de Compra:

Fecha de Vencimiento: 16/03/2022
Prefijo: BPRE
Medio de Pago: Consigancón bancaria
Fecha orden de compra:

Datos del Emisor

Tipo de Responsabilidad:R-99-PN
Nit del Emisor: 1083468065
Nombre Comercial: RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Actividad Económica: 8621

Teléfono: 3213475766

Razón Social: RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA

Dirección: Cra 63 # 68-40 torre 2 apto 1106 Conjunto K68
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio: Bogotá, D.c.
Correo: betcarfran@hotmail.com

Datos del Adquiriente

Nit del Adquiriente:900959051

Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de Responsabilidad:R-99-PN

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección: DIAGONAL 34 5 43
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio/Ciudad: Bogotá, D.c.
Correo: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co
Teléfono: 3282828

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
								IVA	INC	Bolsa	
1	002	Prestación de servicios como médico especialista en pediatría en Subred Centro Oriente del 01 al 28 de febrero 2022	HUR	138,00	$ 83.000,00						$ 11.454.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro. Tipo Código Descripción % Monto

Información Complementaria Extensión

Nro Nombre Campo Valor Campo

Anticipos

Nro Valor Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia Número Referencia Fecha Referencia

Notas Finales

Prestación de servicios como médico especialista en pediatría en San Blas - Subred Centro Oriente durante el periodo del 01 al 28 de febrero del 2022

Linea de negocio:

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	11.454.000,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Monto total impuesto(+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	11.454.000,00
Descuento Global (-)	$	0,00
Recargo Global (+)	$	0,00
Valor total de la operación (=)	$	11.454.000,00

Documento validado por la DIAN 14/02/2022 10:46:48

Documento generado el: 14/02/2022 10:46:46

Generado por: **Solución Gratuita DIAN** Nit: **800.197.268**

Numero de Autorización: 18764023996513 Rango Autorizado: Desde 12 Rango Autorizado: Hasta 100 Vigencia: 2022-07-12

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1083468065	BETSY PAOLA RIVERA ESCALANTE		crr 63 # 68-40	3213475766	bprivera@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	11/02/2022	56739613	$1.399.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	547.800	0		0		0	0	0	0	547.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	701.200	0	0	22.000	22.000	0	0		745.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	106.800				106.800	0	0	106.800			1.068	106.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	547.800	547.800
Pensión	1	745.200	745.200
Riesgos Laborales	1	106.800	106.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.399.800	1.399.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1083468065	BETSY PAOLA RIVERA ESCALANTE	crr 63 # 68-40	3213475766	bprivera@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	11/02/2022	56739613	$1,399,800	

:TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1083468065	RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA	59	0			N																	230301	4,382,400	701,200	0	0	22,000	22,000	EPS037	4,382,400	547,800	14-11	4,382,400	3	106,800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14806174757

(415)7707212489984(8020) 000001480617475 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 4 6 8 0 6 5	0	Impuestos de Cúcuta 7	

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 8 3 4 6 8 0 6 5	2 0 0 8 0 3 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVERA	ESCALANTE	BETSY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal: AV 2 2 18 BRR SIETE DE AGOSTO

42. Correo electrónico: betcarfran@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 4 0 0 1 1	3 2 1 3 4 7 5 7 6 6	5 9 1 0 5 9 2

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 6 2 1	2 0 1 4 0 1 2 2	8 2 9 9	2 0 2 1 0 6 1 6				

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 5 2

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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 2022 - 01 - 14 / 17 : 10: 14

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 RIVERA ESCALANTE BETSY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO