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**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 1634 2022 | **C.D.P. No.:** | 105 |
| **Proceso que pertenece:** | MISIONAL | | |
| **Servicio al que pertenece:** | CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACION - URGENCIAS | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | CENTRO DE SALUD OLAYA - HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **Nombre del Contratista:** | LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ | **C.C.** | 11.229.879 **de:** GIRARDOT - CUNDINAMARCA |
| **Fecha Inicio:** | 2022-02-01 | **Fecha Terminación inicial:** | 2022-04-30 |
| **Valor Mensual:** | $ 8.549.000 | **Valor a cobrar:** | $ 8.549.000 |

| 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 2022 | $ 8.549.000 | $ 1.082.800 | 1043273092 | 14.02.2022 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 39.840.000 | $ 39.840.000 | $ 8.549.000 | $ 31.291.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad. | Se realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 2 | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como 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 llevó registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como se mantuvieron 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 resalta que las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costos y facturación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 3 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica | Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 4 | Participar en la programación de actividades del área. | Se participó en la programación de actividades del área. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de ambulatorios y hospitalización de la Subred; y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional. |
| 5 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente durante el periodo certificado | Registros de auditoria de oportunidad y calidad de la oficina de epidemiología, además de los registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 6 | Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. | Se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requirió | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 7 | Notificar los sucesos 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 | Se realizó la notificación oportuna de los sucesos de calidad que se presentan en el servicio, se participó en los análisis a los que fui convocado y se implementaron las acciones de mejora definidas para el servicio. | Reportes en aplicativos de reporte de sucesos de seguridad y reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional. |
| 8 | Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 9 | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Se diligenciaron en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. | Se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado acorde con la atención brindada. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 11 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Se practicó el seguimiento y control a pacientes en los fue requerida mi participación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 12 | Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 13 | Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Se emitieron los conceptos médicos que se me requirieron. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 14 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente | Mantuve comunicación permanente con el lider del centro de salud Olaya y con el supervisor del contrato para facilitar las labores de cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional y al correo institucional del lider del centro de salud lidersedes6@subredcentrooriente.gov.co |
| 15 | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos | Se conocieron y se dió cumplimiento a procedimientos, guias, manuales, protocolos y demás establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. | Revisión de documentos en la plataforma Almera mediante registro de consulta con mi número de documento de identificación; recepcion de correos electronicos de parte del supervisor del contrato, lider del centro de salud y referente de pediatria |
| 16 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacionadas con el cumpliminto de sus obligaciones contractuales. | Se realiza apoyo a la entidad en actividades, según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacionadas con el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, según requerimiento del lider de servicio. | No fui requerido para elaboración de conceptos técnicos durante el periodo certificado. |
| 17 | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área | Se participa activamente en la elaboración, actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | No fui requerido para elaboración, actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área, durante el periodo certificado. |
| 18 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Se informó al supervisor del contrato, referente de pediatría y lider del centro de salud Olaya, sobre las novedades que pudiesen afectar el cumplimiento de mis obligaciones, presentadas durante el periodo certificado. | Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional, correo del lider del centro de salud Olaya lidersedes6@subredcentrooriente.gov.co y del servicio de pediatria de la Sub red Centro Oriente. |
| 19 | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se apoyó en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E | Capacitaciones y exámenes virtuales enviados desde correo electrónico: lidersedes6@subredcentrooriente.gov.co y demás correos y plataformas de comunicación institucionales. |

**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.

Luis Alfredo Pinzón Pérez

**Firma del Contratista**

**C.C.** 11.229.879 **de** GIRARDOT - CUNDINAMARCA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | EDILSA ESTHER MAURY BELLO |
| **CARGO:** | Directora Técnica de Servicios Ambulatorios |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ |
| **CARGO:** | Enfermera |
| **FIRMA** | |

1930

**CUENTA DE COBRO 02 - 2022**

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

**DEBE A:**
**LUIS ALFREDO PINEDA PÉREZ.**
**C.C. No. 11.229.879**

**LA SUMA DE**
**Ocho millones quinientos cuarenta y nueve mil pesos M/CTE.**
**$ 8.549.000**

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1634 2022; Correspondiente al mes de febrero de 2022, 103 horas.

Objeto: "Prestar servicios profesionales especializados como pediatra para desarrollar actividades en la dirección de ambulatorios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E."

Atentamente

Luis Alfredo Pineda Perez.

**Luis Alfredo Pineda Pérez**
C.C. No. 11.229.879
Dirección Carrera 68 a # 100-34 Torre 1 Apartamento 1101 Torres de Floresta.
E-mail: lapineda@fucsalud.edu.co
Teléfono: 3124476454
Cuenta de ahorros Bancolombia # 44691758521

Febrero de 2022

Bogotá, 14 de febrero de 2022

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

**Información de la empresa:**

Razón Social: LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ

Documento de Identidad: CC 11229879

Usuario: LUIS PINEDA

Teléfono: 3025629

Número de Planilla: 1043273092

Fecha de Recepción: 14 de febrero de 2022

Periodo de Cotización: 2022-02

**Información relacionada a Pensiones**

Administradora: 230201 - PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS
Número de empleados: 1
Valor: $560.000

**Información relacionada a Salud**

Administradora: EPS005 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
Número de empleados: 1
Valor: $437.500

**Información relacionada a Riesgos**

Administradora: 14-7 - CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
Número de empleados: 1
Valor: $85.300

Total Pagado: $1.082.800

Codialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.
¡Más que fácil, SIMPLE! ®
FonoSIMPLE:Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 -Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971Chat www.pagosimple.com/portal/chat;de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.O déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.

**PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO**
**NIT 11229879-1**
**Nombre Comercial:** PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
**Régimen:** NO RESPONSABLE DE IVA
**Actividad Económica CIIU Nro.** 8621
**Dirección:** CL 22 B 54 21 TO 2 AP 201 CON RESERVA DEL SALITRE BRR SALITRE ORIENTAL
**Teléfono:** 3025629
**Correo:** luigi8310@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ D.C.



**CUFE:**8d62818a33b5781520ef9bacfa767d914443639f74166fc3659eef920e31e8274b8c85016e4cb87409f7e77add68630f

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP22**
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764018803121 de 2021-09-30 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde LAPP 1 hasta LAPP 300
**Tipo Documento:** Factura de Venta Nacional
**Tipo Operación:** Estándar
**Fecha Facturación:** 2022-02-06 00:28:52
**Fecha Vencimiento:** 2022-03-31
**Fecha Dian:** 2022-02-15 00:29:21
**Divisa:** COP
**Orden Compra Asociada:**

**Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**NIT 900959051-7**
**Nombre Comercial:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
**Dirección:** DG 34 5 43
**Teléfono:** 3023290575
**Correo:** recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co
**Ciudad:** BOGOTÁ D.C.

| Forma de pago | Método de pago |
|---|---|
| Contado | Consignación bancaria |

| Nro. | Ref | Descripción | U/M | Valor Unitario | Cant. | Valor Neto | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PS 1634 2022 | Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1634 2022 "Prestar servicios profesionales especializados como pediatra para desarrollar actividades en la dirección de ambulatorios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E." | 94 | 83,000.00 | 103.0 | 8,549,000.00 | 8,549,000.00 |

Total de lineas: 1

**Observaciones:**
- Ejecución de servicios médicos del 01 al 28 de febrero de 2022 por contrato PS 1634 2022
- Total de horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos mes de febrero de 2022: 103 horas.
- POR FAVOR REALIZAR LAS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LAS QUE HAYA LUGAR POR IMPUESTOS NACIONALES Y/O DISTRITALES QUE ESTABLEZCA O CREE LA LEY.
- Favor realizar consignación a la cuenta de ahorros Bancolombia: 44691758521

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

| | |
|---|---|
| **TOTAL BRUTO** | 8,549,000.00 |
| **SUBTOTAL** | 8,549,000.00 |

**TOTAL EN LETRAS** OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS COLOMBIANOS

| | |
|---|---|
| **TOTAL VENTA** | 8,549,000.00 |

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2022-02-14, 11:57:07 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1043273092

**Periodo Cotización** 202202 **Periodo Servicio** 202202

**Cliente:**

## PAGADA 2022-02-14 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ | | | | |
| **Documento** | CC 11229879 | **Dirección** | CR 68A #100 - 34 TORRE 1 APTO 1101 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3025629 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 11229879 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 3.500.000 | 230201 | | 16 % | $ 3.500.000 | $ 560.000 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12.5 % | $ 3.500.000 | $ 437.500 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2.436 % | $ 3.500.000 | $ 85.300 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | SEGUROS BOLIVAR | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 560.000 | $ 0 | $ 0 | $ 437.500 | $ 85.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.082.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14812732161

(415)7707212489984(8020) 000001481273216 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 2 9 8 7 9 | 1 | 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 | 11229879 | 2 0 0 1 1 2 1 3 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Girardot 3 0 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PINEDA | PEREZ | LUIS | ALFREDO |

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: CL 22 B 54 21 TO 2 AP 201 CON RESERVA DEL SALITRE BRR SALITRE ORIENTAL

42. Correo electrónico: luigi8310@gmail.com

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

## 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 2 1 2 1 7 | 8 6 1 0 | 2 0 1 2 1 2 1 7 | | | | 2 2 2 1 | |

### 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 | 4 | 9 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

### 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 2022 - 02 - 15 / 15 : 33: 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 PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO