**CIUDAD: BOGOTA D.C.**

**FECHA: 1 DE MARZO DE 2023**

# CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

**ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT:** ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

**DEBE A:**

**NOMBRE:** DIANA MARCELA FONSECA

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.988.812

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS-347 de 2023

**OBJETO**: Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 09 de febrero de 2023 **HASTA:** 28 de febrero de 2023

**LA SUMA DE:** dos millones novecientos sesenta y ocho mil ochocientos setenta y tres pesos MCTE ($ 2.968.873)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** Cra 81 # 145d - 15

**TELÉFONO:** 3016923893

C.C 52988812

**Diana Marcela Fonseca**

**FIRMA**
**C.C 52.988.812**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-347-2023 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | DIANA MARCELA FONSECA | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | ANDREA RODRÍGUEZ SIERRA | **Teléfono / Extensión** | 4322760 ext. 1859 |
| **Dependencia** | DIRECCION DE OTRAS PRESTACIONES | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. | | |
| **Fecha de Inicio** | 9/02/2023 | **Fecha de Terminación** | 8/06/2023 |

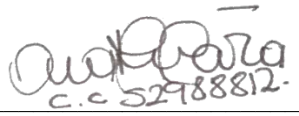
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 9/02/2023 | **Hasta** | 28/02/2023 |
| **Adición y/o Prórroga** | N/A | | | |
| **Suspensión** | N/A | | | |
| **Cesión** | N/A | | | |

**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES** [i]

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Revisar, analizar y registrar el resultado de la verificación efectuada a las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por la respectiva Coordinación de Grupo. | Se revisa, analiza y registra la verificación de los soportes de reclamaciones correspondientes a los paquetes<br><br>Distribución_G48Nvas_Enero2023 con 2019 items contenidos en 147 | Se adjunta archivo en Excel denominado<br><br>Distribución_G48Nvas_Enero 2023 | N/A |
| 2 | Cumplir con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de | Se cumplen las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría correspondiente al paquete | Se adjunta archivo en Excel nombrado: | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | recobros, reclamaciones y cuentas que le sean asignadas para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo. | Distribución_G48Nvas_Enero2023 con 2019 items contenidos en 147 reclamaciones. | Distribución_G48Nvas_Enero 2023 | |
| 3 | Apoyar en la elaboración de oficios y demás documentos que se requieran durante el trámite de verificación de las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas | En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación | N/A | N/A |
| 4 | Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas. | Se asistieron a (3) reuniones programadas:<br><br>17022023 Socialización de lineamientos de auditoría G48 Nuevas_ Enero<br><br>20022023 Diligenciamiento matriz auditoría PJ_ Paquete G48 Nuevas 2023_Soporte y consistencia<br><br>22022023 CAPACITACION CUENTA DE COBRO. | Se adjunta archivos PDF nombrados:<br><br>Obligación 2_Reuniones_Febrero | N/A |
| 5 | Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones inconsistentes, en el tramite del paquete<br><br>Distribución_G48Nvas_Enero2023 con 2019 items contenidos en 147 reclamaciones. | N/A | N/A |
| 6 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato. | En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación | N/A | N/A |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



**Firma del Contratista**
**Fecha:** 1/03/2023

## BALANCE ECONÓMICO

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| 16.193.852 | 0 | 2.968.873 | 0 | 13.224.979 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de dos millones novecientos sesenta y ocho mil ochocientos setenta y tres pesos MCTE ($ 2.968.873)

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES**
Mes de ejecución contractual

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 1052883502 | $148.500 | 1/02/2023 | 28/02/2023 | 25/02/2023 |
| **Pensión** | 1052883502 | $190.100 | 1/02/2023 | 28/02/2023 | 25/02/2023 |
| **ARL** | 1052883502 | $6.200 | 1/02/2023 | 28/02/2023 | 25/02/2023 |

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:
SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: No Aplica

## INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | No aplica |
| **ANEXOS** | 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista.<br>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).<br>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.<br>a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020<br>5. En caso de primer pago debe aportar:<br>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**

Andrea Rodriguez Sierra.

***Andrea Rodríguez Sierra***
Supervisor (es)/Interventor (es)

**En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.**

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** 1/03/2023

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2023**

Bogotá D.C., 1 de marzo de 2023

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| Diana Marcela Fonseca | 52.988.812 |

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 8299, Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-347-2023
Fecha de Inicio: 09 de febrero de 2023 Fecha de Terminación: 08 de junio de 2023
Valor total del Contrato: $16.193.852 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2023: $4.048.463

1. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

| TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | CALIDAD DEPENDIENTE (*) |
|---|---|---|---|
| T.I | 1028480853 | MARIA JOSE GUERRERO FONSECA | |
| T.I | 1031835519 | GABRIELA GUERRERO FONSECA | |
| | | | |

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2023**

público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

2. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ ), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($ ), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

**Nota:** Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

_____

7. Declaro que consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2023**

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,




Firma:
Diana Marcela Fonseca
Cédula de ciudadanía No. 52.988.812 de Bogotá
Bogotá D.C., 1 de marzo 2023

Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



## DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 22/12/2022 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional Ingreso

Nombres y Apellidos: Diana Marcela Fonseca Documento: 52988812

Fecha nacimiento: 23/12/1982 Edad: 39 Género: FEMENINO Ciudad residencia: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo:

## EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

## CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Diana Marcela Fonseca con documento de identificación No 52988812 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

## RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
2. CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
3. ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO
4. EJERCICIO FISICO FRECUENTE.
5. DIETA BALANCEADA.
6. PACIENTE SIN SÍNTOMAS O SIGNOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES DE BASE O DE ORIGEN COMÚN
7. PACIENTE SIN COMORBILIDAD ASOCIADA A COVID-19

## SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Evita el consumo de alcohol y drogas
Ayuda a los demás
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

Verifica la validez de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
Diana Marcela Fonseca
52988812

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA MARCELA FONSECA identificado(a) con CC 52988812 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **12/12/2008** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR** |
| **Categoría:** | **A** |

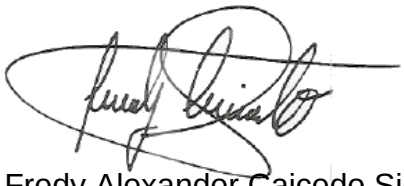
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 03 días del mes de febrero del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA MARCELA FONSECA identificado(a) con C.C No. 52.988.812, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 02 de enero del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

**Carolina Galvis Castellanos**
**Gerente de Cuentas y Recaudo**
**Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-03-01, 03:39:14 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052883409

**Periodo Cotización:** febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8867303860

## PAGADO 25/02/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIANA FONSECA | | |
| **Documento** | CC52988812 | **Dirección** | CL 0 #0 - 0 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3016923893 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52988812 | DIANA MARCELA FONSECA | 59 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.187.549 | $ 190.100 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.187.549 | $ 148.500 | 0,522 | $ 1.187.549 | $ 6.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 344.800 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.187.549 | $ 1.187.549 | $ 1.187.549 | $ 0 | $ 190.100 | $ 148.500 | $ 6.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 344.800 | $ 0 | $ 344.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14885851340

(415)7707212489984(8020) 000001488585134 0

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

| 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 |
|---|---|---|---|
| FONSECA | | DIANA | MARCELA |

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 81 145 D 15

42. Correo electrónico: dianamarcelaf06@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 8 6 5 2 3 0 | 3 0 1 6 9 2 3 8 9 3 |

## 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 1 0 1 | 9 6 0 9 | 2 0 2 1 0 1 1 9 | | | | 3 4 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 2023 - 01 - 01 / 17 : 26: 13

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 FONSECA DIANA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO