| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2023-09-01 | **Hasta:** | 2023-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | JAIME EDUARDO SOURDIS | | **Número de Documento:** | 8718014 | |
| **Correo Electrónico:** | esourdis@cable.net.co | | **Número Telefónico:** | 3165268806 | |
| **Nombre del Supervisor:** | RICARDO MARTINEZ GALVIS | **Cargo:** | ENFERMERO | **Código - Grado:** | 243-20 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1687-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 505 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J03ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 180 | 90 | 93450 | $25231500 | 153.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 25231500** | **VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-04-01 | 2023-06-30 | 1 | $ 541800 | 1348 |
| 2 | 2023-05-01 | 2023-07-31 | 2 | $ 45977400 | 1563 |
| 3 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 3 | $ 19063800 | 2132 |
| 4 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 4 | $ 16821000 | 2433 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 5 | $ 25792200 | 2821 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 22428000 |
| 2 | MARZO | $ 22428000 |
| 3 | ABRIL | $ 21306600 |
| 4 | MAYO | $ 22428000 |
| 5 | JUNIO | $ 22428000 |
| 6 | JULIO | $ 20185200 |
| 7 | AGOSTO | $ 16821000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 65620800** | **$ 173817000** | **$ 148024800** | **$ 25792200** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de perfil (medico(a) especializado(a)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | -PRESTAR SERVICIOS DE PERFIL (MÉDICO(A) ESPECIALIZADO(A)) ACORDE CON LA LEX ARTIS, SEGÙN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E, DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMÀS NORMAS CONCORDANTES | -AUDITORIA REALIZADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO |
| 2 | Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -A TRAVES DE LA ENTREGA DE INFORMACION y EDUCACION A FAMILIARES PROVOMOCER LA INTEGRACION AL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE | -DINAMICA GERENCIAL |
| 3 | Registrar en la historia clínica toda la información del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya). | -A TRAVES DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE TODA LA INFORMACION DEL ACTO MEDICO SEGUN LO CONSIGNADO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE | -DINAMICA GERENCIAL |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | Apoyar la claboración, actualizacion dc formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado,estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA SOCIALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | -LISTAS DE ASISTENCIA |
| 5 | Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -DERIVAR PACIENTES A LOS ENTES CORRESPONDIENTES PARA EL APOYO DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA EN UCI | -INTERCONSULTAS A LOS DIFERENTES PROFESIONALES EN SALUD Y ESPECIALIADADES MEDICAS REQUERIDAS SEGUN SEA PERTINENTE POR EL DIAGNOSTICO, ESTADO Y CONDICION DE SALUD DEL PACIENTE. |
| 6 | Articular acciones con los cquipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DEL ANALISIS CLINICO Y LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS | -DINAMICA GERENCIAL |
| 7 | Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio. | -EVALUAR EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE Y DEFINIR CONDUCTA MEDICA PERTINENTE A TRAVES DEL ANALISIS CLINICO Y LA INTERPRETACION DE EXAMENES Y/O IMAGENES DIAGNOSTICAS | -DINAMICA GERENCIAL |
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -BRINDAR INFORMACION A FAMILIARES Y ACLARAR TODAS LAS DUDAS | -DINAMICA GERENCIAL, LIBRO DE CONSTANCIA DE INFORMACION A FAMILIAR . |
| 9 | Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y-o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E | -CUMPLIR CON LAS METAS DE PRODUCTIVIDAD ACORDADAS MENSUALMENTE | BASE DE DATOS |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -FORTALECER CONOCIMIENTOS Y APOYAR LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA UNIDAD | -DINAMICA GERENCIAL |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 16821000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7891180863 | | |
| 2023 | AGOSTO | 2023 | 09 | 06 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL PESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | SI | PENSIONADO | $ 6728400 | $ 1076544 | $ 0 |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 841050 | $ 851000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 163904 | $ 165900 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 1952716 | $ 1016900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 3800031233 |
|---|---|---|---|---|---|

**JAIME EDUARDO SOURDIS**
**8718014**

**RICARDO MARTINEZ GALVIS**
**ENFERMERO**

Ricardo Martinez Galvis
Profesional En Salud
C.C. 1.023.841.770

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** d75f5ea867311905c9de7397318ec5aefa4387db157ff30d3a2cee119159ca c4ecd2bdd7e7604e8280352d4c4852b7f6

**Número de Factura:** 12
**Fecha de Emisión:** 24/09/2023
**Fecha de Vencimiento:** 24/09/2023
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Débito Ahorro
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** SOURDIS JAIME EDUARDO
**Nombre Comercial:** SOURDIS JAIME EDUARDO
**Nit del Emisor:** 8718014
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8610

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** TV 22 BIS 61 B 11 AP 201
**Teléfono / Móvil:** 3165268806
**Correo:** mducip@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 9009585649
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-15
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** Carrera 20 # 47B -35 sur
**Teléfono / Móvil:** +(57) 7 300000
**Correo:** cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 040 | trabajo | RH | 270,00 | $ 93.450,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 25.231.500,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

### Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

### Notas Finales

## Datos Totales

**Documento validado por la DIAN 2023-09-24 11:55:34**
**Documento generado el: 2023-09-24 11:55:34**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 25.231.500,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 25.231.500,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 25.231.500,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 25.231.500,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764052195031 Rango desde: 9 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-01-22

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 8718014 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDUARDO SOURDIS JAIME |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | TR 22BIS NO 61B-11 A 201 | TELÉFONO: | 3496870 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de hospitales y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7891180863** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 1 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 143535495 |

### NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 851.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 851.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 165.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 165.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.015.700** |
| **VALOR MORA:** | **$ 1.200** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.016.900** |

Planilla Pagada

Colfondos
del grupo HABITAT

**COLFONDOS S. A. PENSIONES Y CESANTIAS**
**NIT. 800.149.496-2**
**Dirección: Calle 67 No. 7-94**
**Teléfono: 3765066**

**En su calidad de Administradora de los Fondos:**

| | |
|---|---|
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Moderado** | **NIT. 800.227.940-6** |
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Conservador** | **NIT. 900.391.896-3** |
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Mayor Riesgo** | **NIT. 900.391.900-5** |
| **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado** | **NIT. 900.391.901-2** |

## CERTIFICA QUE:

El afiliado EDUARDO SOURDIS JAIME identificado con cédula de ciudadanía número 8.718.014, **SI** cumple con los requisitos para pensionarse por vejez conforme al artículo 64 de la ley 100 de 1993, eso de acuerdo con el cálculo actuarial realizado con base en la información disponible en nuestra entidad, la suministrada por el afiliado y los aportes obligatorios de la cuenta de ahorro individual, con corte al 25 de septiembre de 2023.

El presente certificado se expide bajo los siguientes parámetros:

- El cálculo actuarial se efectúo teniendo en cuenta la información suministrada por el afiliado a través de nuestro canal Contáctenos
- El cálculo es válido para el afiliado con fecha de nacimiento 20 de julio de 1957, y en la solicitud no reporta beneficiarios.
- Para el cálculo se utilizaron las tablas de Mortalidad Experiencia 2005-2008 de acuerdo con la Resolución No. 1555 de 2010 de la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Este documento no constituye reconocimiento de la pensión de vejez ni se emite como respuesta a una reclamación formal de pensión de vejez.
- Es emitido con fines estrictamente Informativos y para uso exclusivamente fiscal en los términos del artículo 126-1 del Estatuto Tributario Nacional en lo relacionado con los aportes realizados a partir del 1 de enero de 2013 con

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: (601) 213 13 70 y (601) 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."

Colfondos
del grupo HABITAT

las limitaciones de ley. Es responsabilidad del afiliado consultar con sus asesores contables, legales y tributarios el tratamiento correspondiente a su situación particular.

- Queda sujeto al cumplimiento de las normas antiabuso consagradas en al Artículo 869 del Estatuto Tributario.

- La vigencia del documento es de tres (3) meses contados a partir de la fecha de expedición, es decir hasta el 25 de diciembre de 2023.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a solicitud del afiliado el día veinticinco (25) del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

En Colfondos siempre nos encontramos dispuestos a atender sus solicitudes; cualquier inquietud adicional no dude en contactarnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co Canal PQRs, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá (601) 7484888, Barranquilla (605) 3869888, Bucaramanga (607) 6985888, Cali (602) 4899888, Cartagena (605) 6949888, Medellín (604) 6042888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Cordialmente,

**ALLINSON ANDREA SARMIENTO MAYORGA**
Directora de Servicio al Cliente
Elaboró: Herrerac – Servicio al Cliente

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: (601) 213 13 70 y (601) 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14916172395

(415)7707212489984(8020) 000001491617239 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 7 1 8 0 1 4 | 5 | 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 | 8 7 1 8 0 1 4 | 1 9 8 0 0 7 0 2 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SOURDIS | JAIME | EDUARDO | |

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: TV 22 BIS 61 B 11 AP 201

42. Correo electrónico: mducip@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 1 1 1 3 1 1 | 3 4 9 6 8 7 0 | 3 1 6 5 2 6 8 8 0 6 |

## 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 1 0 | 1 9 8 3 0 4 0 1 | | | | | 2 2 2 1 | 0 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 2 | 4 7 | 5 2

22- Obligado a cumplir deberes formales a

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

52 - Facturador electrónico

### Obligados aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 - 05 - 24 / 15 : 18: 47

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 SOURDIS JAIME EDUARDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-05-2023 07:28:29PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14916172395

(415)7707212489984(8020) 000001491617239 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 7 1 8 0 1 4 | 5 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | | |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | | |
| 79. Ciudad/Municipio | | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 1 7 | 2 0 2 3 0 1 0 1 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá. Enero 25 del 2023

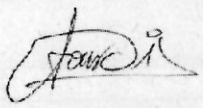
**Señores Subred Sur**

**Contabilidad – Contratación**

**A quien corresponda:**

Cordialmente debo comunicarles que a partir del 01 de Enero de 2023 he migrado al **REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION**, como consta en el RUT que anexo, casilla 53 numeral 2, Código 47. Por tal razón, no soy susceptible de que se me aplique la Retención en la Fuente ni la retención por ICA, como está ordenado en el Estatuto tributario.

Atentamente

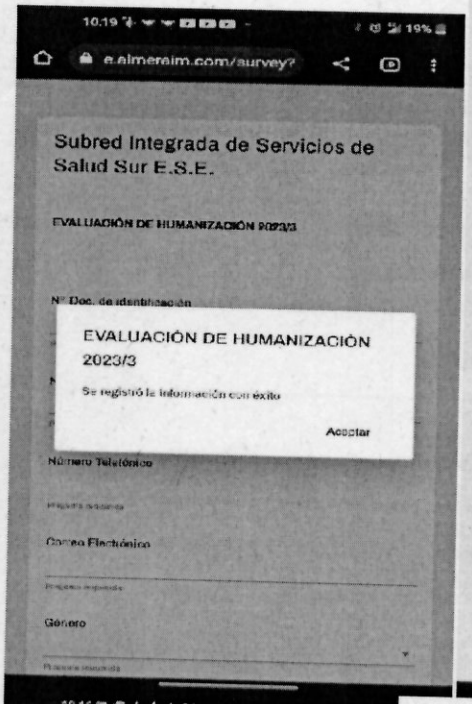


EDUARDO SOURDIS JAIME

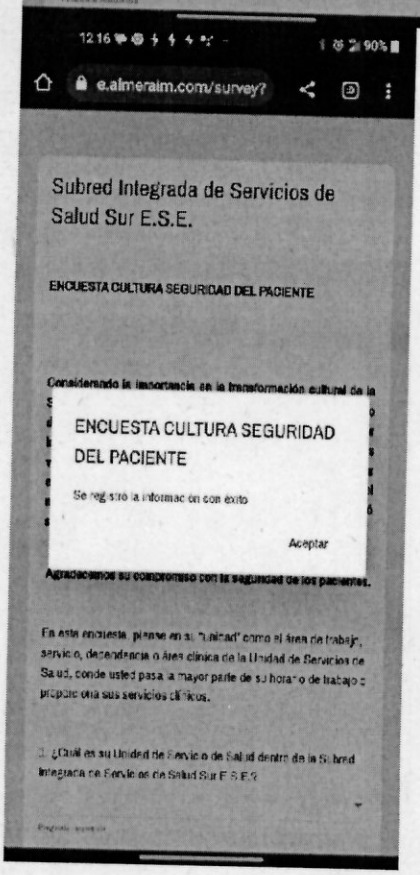
CC 8718014

esourdis@cable.net.co

tel 3165268806


10:19
e.almeraim.com/survey?
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN 2023/3
EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN 2023/3
Se registró la información con éxito
Aceptar
Número Telefónico
Correo Electrónico
Genero


12:20
docs.google.com/forms.
Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre
Se ha registrado tu respuesta.
Enviar otra respuesta
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
Notificar uso inadecuado
Términos de Servicio
Política de Privacidad
Google Formularios


12:16
e.almeraim.com/survey?
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Considerando la importancia en la transformación cultural de la
ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Se registró la información con éxito
Aceptar
Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.
En esta encuesta, piense en su "Unidad" como el área de trabajo, servicio, dependencia o área clínica de la Unidad de Servicios de Salud, donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.
1. ¿Cuál es su Unidad de Servicio de Salud dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.?

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | jaime sourdis feb cto1687-2023.pdf | jaime sourdis feb cto1687-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | jaime sourdis marzo 1687-2023.pdf | jaime sourdis marzo 1687-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | jaime sourdis abril 1687-2023.pdf | jaime sourdis abril 1687-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | jaime sourdis mayo.pdf | jaime sourdis mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | jaime sourdis junio1687-2023.pdf | jaime sourdis junio1687-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | jaime sourdis julio 1687 2022.pdf | jaime sourdis julio 1687 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | jaime sourdia agos 1687 2023.pdf | jaime sourdia agos 1687 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >