

CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 12 de febrero de 2024

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 Jazmín Salvo López

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 53.015.693

CONTRATO No.: ADRES-CPS-277 de 2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 31 de enero de 2024 HASTA: 31 de enero de 2024

CIENTO NOVENTA MIL TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$190.036)

LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Kra 88c 54c 29 Sur

TELÉFONO: 3186936768

  
CC 53.015.693 MLC

Diana Jazmín Salvo López

FIRMA  
C.C 53.015693

|                                                                                   |         |                                                                         |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01  |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 03         |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 10/05/2021 |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                     |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Contrato No.                                   | ADRES-CPS-277-2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                     |
| Nombre del Contratista y/o Representante Legal | DIANA JAZMIN SALVO LOPEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                     |
| Nombre del Supervisor y/o Interventor          | RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Teléfono / Extensión | 4322760             |
| Dependencia                                    | DIRECCION DE OTRAS PRESTACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                     |
| Objeto del Contrato                            | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los 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 con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa |                      |                     |
| Fecha de Inicio                                | 31 DE ENERO DE 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fecha de Terminación | 30 DE JULIO DE 2023 |

|                                    |       |                     |       |                     |
|------------------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|
| Periodo del Informe de Actividades | Desde | 31 DE ENERO DE 2024 | Hasta | 31 DE ENERO DE 2024 |
| Adición y/o Prórroga               | N/A   |                     |       |                     |
| Suspensión                         | N/A   |                     |       |                     |
| Cesión                             | N/A   |                     |       |                     |

| INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES <sup>i</sup> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |                          |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obligación contractual                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Actividad desarrollada                                                       | Producto y/o Entregables | Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación |
| 1                                                                       | Efectuar la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por | En este mes no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A                      | N/A                                                                                           |

|                                                                                   |         |                                                                         |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01  |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 03         |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 10/05/2021 |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              |     |     |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|   | accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación.                                    |                                                                              |     |     |
| 2 | Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato, líder y/o coordinar.                                                                                                                                        | En este mes no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A | N/A |
| 3 | Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados. | En este mes no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A | N/A |
| 4 | Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los                                          | En este mes no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A |     |

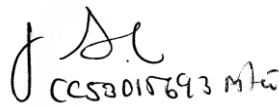
|                                                                                   |         |                                                                         |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01  |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 03         |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 10/05/2021 |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |     |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|
|   | presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |     |
| 5 | Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Se participo de manera activa en la capacitación:</p> <p>Enero 31, Lectura de capacitaciones</p> <p>Auditoria de Reclamaciones Personas Juridicas Reclamaciones Nuevas 28122023 NUEVO FORMULARIO</p> <p>Lineamientos de auditoría_Reclamaciones Personas Juridicas_ RG Abril_Septiembre 2023 01022024</p> | Se anexa Carpeta: ADRES-CPS-277-2024 ENERO Carpeta Obligación 5 con 2 pdf. | N/A |
| 6 | Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al | En este mes no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación                                                                                                                                                                                                                                 | N/A                                                                        | N/A |

|                                                                                   |         |                                                                         |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01  |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 03         |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 10/05/2021 |

|   |                                                                                                                                            |                                                                              |     |     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|   | Sistema General de Seguridad Social en Salud.                                                                                              |                                                                              |     |     |
| 7 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones | En este mes no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A | N/A |

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

  
CC53015693 mte

**Firma del Contratista**  
**Fecha: 12/02/2024**

#### BALANCE ECONÓMICO

| Valor Total Contrato<br>(Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---------------------------------------------|--------------|---------------|----------------|-----------------|
| COP 34.206.396                              | COP 0        | COP 190.036   | COP 0          | COP 34.016.360  |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Ciento noventa mil treinta y seis pesos m/cte (\$190.036)

| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES |              |           |           |            |               |
|---------------------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|---------------|
| Mes de ejecución contractual                |              |           |           |            |               |
| CONCEPTO                                    | PLANILLA No. | VALOR     | PERIODO   |            | FECHA DE PAGO |
|                                             |              |           | DESDE     | HASTA      |               |
| Salud                                       | 9461403549   | \$162.500 | 1/01/2024 | 31/01/2024 | 12/01/2024    |
| Pensión                                     | 9461403549   | \$208.000 | 1/01/2024 | 31/01/2024 | 12/01/2024    |
| ARL                                         | 9461403549   | \$6.800   | 1/01/2024 | 31/01/2024 | 12/01/2024    |

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: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

|                                                                                   |         |                                                                         |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01  |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 03         |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 10/05/2021 |

### 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

N/A

#### 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.
2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.
3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).
4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.
  - 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
5. En caso de primer pago debe aportar:
  - a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

  
 RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ  
 Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 12/02/2024

<sup>i</sup> Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                          |                 |                    |                        |                     |             |                       |           |
|-----------------------------------|---------|--------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 53015693                       |         | SALVO LOPEZ DIANA JAZMIN | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRR 88 C # 54 C 29 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7321331     | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                          |                 |                    |                        |                     |             |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                    |                 | Tipo               | Fecha                  |                     | Pago        |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                     | Planilla        | Planilla           | Limite                 | Pago                | Banco       | Dias Mora             | Valor     |
| 2024-01                           | 2024-01 | 391718447                | 9461403549      | I                  | 2024/02/21             | 2024/01/12          | BANCOLOMBIA | 0                     | \$377,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |             |       |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|-------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION     |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo      | Días  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días  | IBC         | Aporte      | Días         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |          |             |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$6,800     |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |             |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$6,800     |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |             |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$6,800     |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 53015693 | SALVO DIANA | 25-14 | 30          | \$1,300,000 | \$208,000 | EPS002 | 30          | \$1,300,000 | \$162,500 | 0    |     | \$0    | \$0     | 14-23 | 30          | \$1,300,000 | \$6,800      | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |             |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,300,000 | \$6,800     |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                        |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53015693                   |    | SALVO LOPEZ DIANA JAZMIN | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRR 88 C # 54 C 29 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7321331  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |  |            |          |            |            |             |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor     |
| 2024-01                           | 2024-01 | 391718447 |  | 9461403549 | I        | 2024/02/21 | 2024/01/12 | BANCOLOMBIA | \$377,300 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$208,000       | \$0            | \$0                    | \$208,000     |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$208,000       | \$0            | \$0                    | \$208,000     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$6,800         | \$0            | \$0                    | \$6,800       |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$6,800         | \$0            | \$0                    | \$6,800       |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$162,500       | \$0            | \$0                    | \$162,500     |  |
| SALUD TOTAL                  | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$162,500       | \$0            | \$0                    | \$162,500     |  |
| TOTAL                        |        |             |    | 1         | \$377,300       | \$0            | \$0                    | \$377,300     |  |



**REYVELT**  
MEDICINA ESPECIALIZADA  
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5  
SEDE NORTE: Cll. 85 A No 22-32  
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5  
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740  
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com  
www.reyvelt.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 166.681

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                               | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                                       |                                      |                             |
| 17<br>DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 02<br>MES | 2023<br>AÑO                   | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)                                                          |                                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                               | Ciudad                                                                                  |                                      |                             |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                               | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO                                                    |                                      |                             |
| PARTICULARES CONTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                               | PARTICULARES                                                                            |                                      |                             |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                               | Empresa en misión                                                                       |                                      |                             |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| SALVO LOPEZ DIANA JAZMIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                               | Genero                                                                                  | Edad                                 | Documento de Identificación |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                               | FEMENINO                                                                                | 38 AÑOS 1 MESES<br>15 DÍAS           | CC 53015693                 |
| Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                               |                                                                                         | Tipo                                 | Número                      |
| AUDITOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                               | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |                                      |                             |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | TIPO                          | RECOMENDACIONES                                                                         |                                      |                             |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | NO APLICA                     | NO APLICA                                                                               |                                      |                             |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                               | ✓                                                                                       |                                      |                             |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES |                                                                                         | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  |                             |
| USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                               |                                                                                         | PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES |                             |
| CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO CON COVID19 Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN.</li><li>• SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.</li><li>• INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.</li><li>• PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.</li><li>• REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                               | Aspirante o Trabajador                                                                  |                                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |
| Nombre: AREVALO HERNANDEZ JESUS DAVID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                               | Nombre: SALVO LOPEZ DIANA JAZMIN                                                        |                                      |                             |
| R. M.: 723457330 L.S.O.: 3646/08/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                               | CC: 53015693                                                                            |                                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                               | Código de Seguridad                                                                     |                                      |                             |
| H652N1T166681                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                               |                                                                                         |                                      |                             |

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**  
**PERSONAS NATURALES**  
**AÑO 2024**

Bogotá D.C., 12 de febrero de 2024

| Nombres y Apellidos      | No. Identificación |
|--------------------------|--------------------|
| Diana Jazmín Salvo López | 53015693           |

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒

Régimen Simple: SI ☐ NO ☒

Código Actividad Económica 8299, Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-277-2024

Fecha de Inicio: 31 de enero 2024 Fecha de Terminación: 30 Julio 2024

Valor total del Contrato: \$34.206.396 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2024: \$190.036

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.
2. Declaro bajo gravedad de juramento 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 por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

| TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS        | CALIDAD DEPENDIENTE (*) |
|-------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|
| T.I               | 1.023.374.137    | Maria Kamila Montaña Salvo | Hija                    |
|                   |                  |                            |                         |
|                   |                  |                            |                         |

**(\*) CALIDAD DEPENDIENTES**

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
- 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) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**  
**PERSONAS NATURALES**  
**AÑO 2024**

- 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 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.

- 3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXXX 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, Obligación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, según certificación del año gravable 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 artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 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, 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, y además disposiciones legales vigentes.

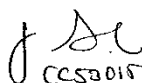
**Nota:** Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

- 
- 7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, 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 2024**

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,



53015693 MTC

Firma:

Diana Jazmín Salvo López

Cédula de ciudadanía No. 53015693 de Bogotá

Bogotá D.C., 12 febrero 2024



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

|      |            |
|------|------------|
| NUIP | 1023374137 |
|------|------------|

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 0373877

|                                                                           |                          |         |                                     |                          |                       |           |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                        |                          |         |                                     |                          |                       |           |                          |
| Registraduría                                                             | <input type="checkbox"/> | Notaría | <input checked="" type="checkbox"/> | Número                   | 56                    | Consulado | <input type="checkbox"/> |
| Corregimiento                                                             |                          |         |                                     | <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía |           | <input type="checkbox"/> |
| Código                                                                    |                          |         |                                     | A 7                      |                       |           |                          |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía |                          |         |                                     |                          |                       |           |                          |
| COLOMBIA. CUNDINAMARCA. BOGOTA D.C. NOTARIA CINCUENTA Y SEIS              |                          |         |                                     |                          |                       |           |                          |

|                                                                                      |      |     |     |                  |    |                  |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|------------------|----|------------------|----------|
| Datos del inscrito                                                                   |      |     |     |                  |    |                  |          |
| Primer Apellido                                                                      |      |     |     | Segundo Apellido |    |                  |          |
| MONTAÑO                                                                              |      |     |     | SALVO            |    |                  |          |
| Nombre(s)                                                                            |      |     |     |                  |    |                  |          |
| MARIA KAMILA                                                                         |      |     |     |                  |    |                  |          |
| Fecha de nacimiento                                                                  |      |     |     |                  |    |                  |          |
| Año                                                                                  | 2006 | Mes | DIC | Día              | 07 | Sexo (en letras) | FEMENINO |
| Grupo Sanguíneo                                                                      |      |     |     | Factor RH        |    |                  |          |
| B                                                                                    |      |     |     | POSITIVO         |    |                  |          |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección) |      |     |     |                  |    |                  |          |
| COLOMBIA. CUNDINAMARCA. BOGOTA D.C. HOSPITAL BOSA                                    |      |     |     |                  |    |                  |          |

|                                                          |                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO                               | A 7676270                         |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos de la madre                            |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| SALVO LOPEZ DIANA JAZMIN                     |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| C.C. No. 53.015.693 BOGOTA D.C.              | COLOMBIANA   |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| Datos del padre                              |              |
| Apellidos y nombres completos                |              |
| MONTAÑO MONTENEGRO MANUEL ALEJANDRO          |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| C.C. No. 80312529 CACHIPAY                   | COLOMBIANA   |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos del declarante                         |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
| MONTAÑO MONTENEGRO MANUEL ALEJANDRO          |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| C.C. No. 80312529 CACHIPAY                   |       |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| Datos primer testigo                         |  |
| Apellidos y nombres completos                |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| Firma                                        |  |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| Datos segundo testigo                        |  |
| Apellidos y nombres completos                |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| Firma                                        |  |

|                         |                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------|
| Fecha de inscripción    | Número y firma del funcionario que autoriza |
| Año 2006 Mes DIC Día 15 | MARIA YOLANDA RODRIGUEZ HERRERA             |
|                         | Número y firma                              |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**NUMERO**  
**1.023.374.137**  
**MONTAÑO SALVO**

**APELLIDOS**  
**MARIA KAMILA**

**NOMBRES**

KAMILA MONTAÑO SALVO

**FIRMA**





FECHA DE NACIMIENTO

**BOGOTA D.C**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**07-DIC-2024**

FECHA DE VENCIMIENTO

**10-DIC-2013 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

**B+**

G S RH

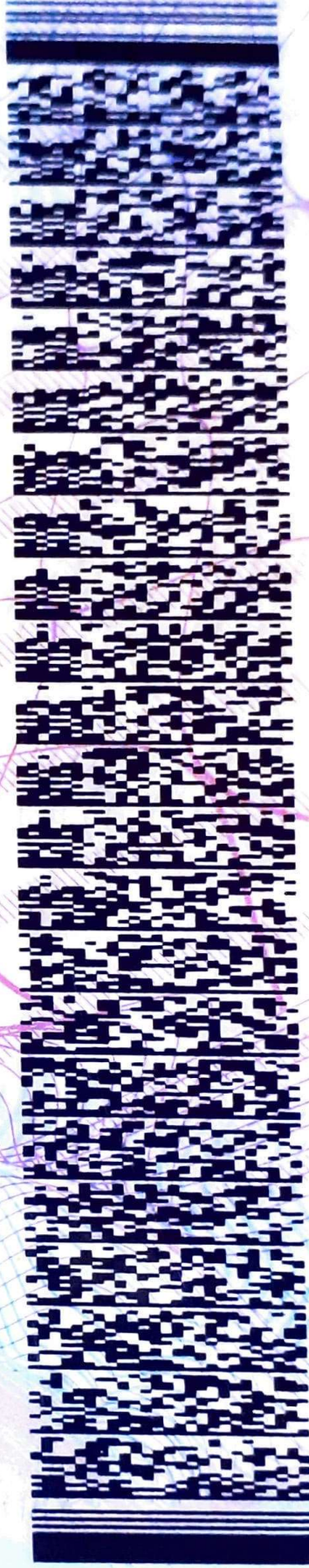
**F**

SEXO

INDICE DERECHO

*Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00546090-F-1023374137-20140213

0037138427A 4

1712669831

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     | Formulario del Registro Único Tributario      |                            |                                                          |            | 001                                            |  |
| 2. Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                               |                            | 4. Número de formulario 14973468045                      |            |                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 53015693                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                               |                            | 6. DV 2                                                  |            | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 32 |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13 |                            | 26. Número de Identificación 53015693                    |            | 27. Fecha expedición 20030115                  |  |
| Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | 29. Departamento Bogotá D.C. 11               |                            | 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001                    |            |                                                |  |
| 31. Primer apellido SALVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | 32. Segundo apellido LOPEZ                    |                            | 33. Primer nombre DIANA                                  |            | 34. Otros nombres JAZMIN                       |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 38. País COLOMBIA 169                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | 39. Departamento Bogotá D.C. 11               |                            | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001                    |            |                                                |  |
| 41. Dirección principal K R 88 C 54 C 29 SUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 42. Correo electrónico dianisk120706@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     | 44. Teléfono 1 3186936768                     |                            | 45. Teléfono 2 6017978880                                |            |                                                |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                               |                            | Ocupación                                                |            |                                                |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     | Actividad secundaria                          |                            | Otras actividades                                        |            | 52. Número establecimientos                    |  |
| 46. Código 8299                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 47. Fecha inicio actividad 20070903 | 48. Código                                    | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 12                                            | 51. Código |                                                |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| 53. Código 49 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                               |                            |                                                          |            |                                                |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                               |                            | Exportadores                                             |            |                                                |  |
| 54. Código 12034567891011121314151617181920                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                               |                            | 55. Forma 56. Tipo Servicio 12357. 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 2024 - 01 - 18 / 10 : 27: 18                   |            |                                                |  |
| 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |                                     |                                               |                            | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. |            |                                                |  |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                               |                            | Firma autorizada:                                        |            |                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                               |                            | 984. Nombre SALVO LOPEZ DIANA JAZMIN                     |            |                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                               |                            | 985. Cargo CONTRIBUYENTE                                 |            |                                                |  |