Contrato No.	**ADRES-CPS-280-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Deisy Liliana Velásquez Alarcón		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Camilo Alberto Alfaro Jiménez	**Teléfono / Extensión**	601 432 27 60
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	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		
Fecha de Inicio	7/02/2024	**Fecha de Terminación**	7/08/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/03/2024	**Hasta**	31/03/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

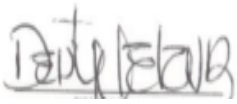
	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1.	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos	**1.**Se efectuó la revisión y verificación de 5.467 ítems de reclamaciones SOAT, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado "Muestra de calidad paquete G58 RG" ***Total ítems de reclamaciones auditados: 5.467***	Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1,2,3***"Muestra _de calidad paquete G58 RG"***	N/A

	sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.			
2.	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto	**1.** Se registró los resultados en las herramientas establecidas conforme a las instrucciones definidas a 5.467 ítems de reclamaciones SOAT, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado***" Muestra de calidad paquete G58 RG''*** ***Total ítems de reclamaciones auditados: 5.467***	Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1,2,3 **"Muestra _de calidad paquete G58 RG"**	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.	**1.**Se cumplió con las metas productividad y calidad de 5.467 ítems de reclamaciones SOAT, se diligenció los campos requeridos del archivo titulado ***"Muestra _de calidad paquete G58''*** ***Total de ítems de reclamaciones auditados: 5.467***	Archivo Excel titulado Soporte Obligación 1,2,3 **"Muestra _de calidad paquete G58 RG"**	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	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A

	financiados con la UPC o con los 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.	Reuniones y capacitaciones realizadas en marzo 2024. **1.**Grupo de reclamaciones PJ 01 marzo de 2024 **2.**Reclamaciones PJ integración 04 de marzo 2024 **3.**Hitos de lucha por el derecho de las mujeres 07 de marzo 2024. **4.**Reunión presencial con el DR Jairo Tirado 08 de marzo 2024. **5.**Reunion proceso de reclamaciones 15 de marzo 2024 **6.**Código de integridad 15 de marzo 2024 **7.**Reunión director de otras prestaciones 19 de marzo 2024	Archivo PDF denominado Capacitaciones y reuniones marzo 2024.	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	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	

	anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al 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 el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/04/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 34.206.396	$ 4.560.853	$ 5.701.066	$ 0	$ 23.944.477

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS ($ 5.701.066)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
SALUD	9464614165	$230.600	01/02/2024	29/02/2024	22/03/2024
PENSION	9464614165	$294.800	01/02/2024	29/02/2024	22/03/2024
ARL	9464614165	$9.700	01/02/2024	29/02/2024	22/03/2024

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: N/A

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:

Camilo Alberto Alfaro Jiménez
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/04/2024

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

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 1/04/2024

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: DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.023.873.742

CONTRATO No.: ADRES-CPS-280-2024

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.

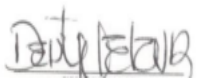
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2024 **HASTA:** 31/03/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 5.701.066)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 72c #22 a 27

TELÉFONO: 3004147688



FIRMA
C.C 1.023.873.742

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023873742		VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72 C # 22 A -27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3625704	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	528939504	9464614165	I	2024/03/11	2024/03/22	BANCO DE OCCIDENTE	11	$571,700

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)					$1,824,400	$292,000			$1,824,400	$228,100			$1,824,400	$36,500			$1,824,400	$9,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,824,400	$292,000			$1,824,400	$228,100			$1,824,400	$36,500			$1,824,400	$9,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,824,400	$292,000			$1,824,400	$228,100			$1,824,400	$36,500			$1,824,400	$9,600		$0	$0
1	CC	1023873742	VELASQUEZ DEISY	230301	30	$1,824,400	$292,000	EPS001	30	$1,824,400	$228,100	CCF24	30	$1,824,400	$36,500	14-23	30	$1,824,400	$9,600	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,824,400	$292,000			$1,824,400	$228,100			$1,824,400	$36,500			$1,824,400	$9,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023873742		VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 72 C # 22 A -27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3625704	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	528939504	9464614165	I	2024/03/11	2024/03/22	BANCO DE OCCIDENTE	11	$571,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$292,000	$2,800	$0	$294,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$292,000	$2,800	$0	$294,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$100	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,600	$100	$0	$9,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,500	$400	$0	$36,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$36,500	$400	$0	$36,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,100	$2,200	$0	$230,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$228,100	$2,200	$0	$230,300
TOTAL				1	$566,200	$5,500	$0	$571,700

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

Bogotá D.C., 01 de abril de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Deisy Liliana Velásquez Alarcón	1.023.873.742 Bogotá

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 7490, Tarifa ICA 7,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-280-2024
Fecha de Inicio: 07/02/2024 Fecha de Terminación: 07/08/2024
Valor total del Contrato: $ 34.206.396 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $ 5.701.066

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

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 (*)
C.C	51.714.777	Rosalbina Alarcón Téllez	Mamá

(*) 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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año 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.

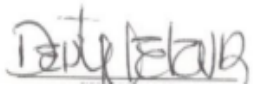
_____

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,



Firma:

Cédula de ciudadanía No. 1.023.873.742 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/04/2024

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO
CERTIFICA QUE:

De conformidad con el inciso 2 del artículo 38 E.T la señora **ROSALBINA ALARCÓN TELLEZ** identificada con cedula de ciudadanía N 51.714.777 expedida en la ciudad de Bogotá, residente en Bogotá, de ocupación ama de casa, es la madre de la señorita **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN** identificada con cedula de ciudadanía N 1.023.873.742 de Bogotá.

En la actualidad la señora **ROSALBINA ALARCÓN TELLEZ** no obtiene ingresos propios, por lo cual se cumplen los criterios para que la señora Alarcón pueda figurar como dependiente de la señorita **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN.**

La presente certificación se expide a solicitud de **DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN** para que sea presentada ante el departamento de pagos por honorarios de servicios profesionales.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá a los 01 días del mes de Febrero de 2024.

EDWIN LEONARDO LÓPEZ CONTRERAS
Contador público
TP 213 240



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1963**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-AGO-1982 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00071443-F-0051714777-20080916 **00033**64071A 1 1180021281

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.714.777**

ALARCON TELLEZ

APELLIDOS

ROSALBINA

NOMBRES

Rosalbina Alarcón Tellez

FIRMA



Escaneado con CamScanner

REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

Parte básica: 8 7 0 9 25 — Parte complem.: 60498

10964671

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	(5) Código
	NOTARIA CUARTA	BOGOTA D.E.	1004

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: VELASQUEZ	(7) Segundo apellido: ALARCON	(8) Nombres: DEISY LILIANA			
SEXO	(9) Masculino o Femenino: FEMENINO	(10) Masculino ☐ Femenino ☒	FECHA DE NACIMIENTO	(11) Día: 25	(12) Mes: SEPTIEMBRE	(13) Año: 1.987
LUGAR DE NACIMIENTO	(14) País: COLOMBIA	(15) Departamento, Int., o Com.: CUNDINAMARCA	(16) Municipio: BOGOTA			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CLINICA GAMA			(18) Hora: 22.20
	(19) Documento presentado – Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: ARMANDO FUENTES CUELLO		(21) No. licencia: 7814
MADRE	(22) Apellidos (de soltera): ALARCON TELLEZ	(23) Nombres: ROSALBINA		(24) Edad actual: 23
	(25) Identificación (clase y número): c.c. No. 51.714.777 de Bogotá D.E.	(26) Nacionalidad: COLOMBIANA	(27) Profesión u oficio: HOGAR	
PADRE	(28) Apellidos: VELASQUEZ CONTRERAS	(29) Nombres: WILLIAM DEMETRIO		(30) Edad actual: 21
	(31) Identificación (clase y número): c.c. No. 79.383.756 de Bogotá D.E.	(32) Nacionalidad: COLOMBIANO	(33) Profesión u oficio: EMPLEADO	
DENUNCIANTE	(34) Identificación (clase y número): c.c. No. 79.383.756 de Bogotá D.E	(35) Firma (autógrafa):		
	(36) Dirección postal y municipio: Calle 30Sur#1-26 Tel. 060727	(37) Nombre: WILLIAM DEMETRIO VELASQUEZ CONTRERAS		
TESTIGO	(38) Identificación (clase y número):	(39) Firma (autógrafa):		
	(40) Domicilio (Municipio):	(41) Nombre:		
TESTIGO	(42) Identificación (clase y número):	(43) Firma (autógrafa):		
	(44) Domicilio (Municipio):	(45) Nombre:		
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) (46) Día: 09	(47) Mes: OCTUBRE	(48) Año: 1987	

REPUBLICA DE COLOMBIA
CORNELIO REYES
NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO
BOGOTA D.E.

(49) Firma funcionario ante quien se surte el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE (P10) – 1 P –

2038049 78

NOTARIA CUARTA
DE
SANTAFE DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del original del Serial No. 10964671 *por solicitud de* Felix Alarcon

Articulo 115 Decreto Ley 1260 de 1970.

Delegación autorizada: Decreto 1534 de 1989. Este registro civil tiene validez permanente.

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14885945651

(415)7707212489984(8020) 000001488594565 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 3 8 7 3 7 4 2	2 0 0 5 0 9 2 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASQUEZ	ALARCON	DEISY	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: DG 32 B SUR 4 A 16

42. Correo electrónico: deysyv@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 2 0 5 3 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4	9																								

53. Código: 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 02 / 16 : 25: 57

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO