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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	DORIS ANDREA CUBILLOS JIMENEZ		**Número de Documento:**	1015393178	
Correo Electrónico:	andeitaje@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3182099338	
Nombre del Supervisor:	JHON EDISON PARRA MANCIPE	**Cargo:**	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1389-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I06TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	24	0	87750	$2106000	12.9%
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	96	0	87750	$8424000	51.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 10530000**	**DIEZ MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30

No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 3685500	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 18954000	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 25272000	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 7371000	2617

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 12636000	2773

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 10530000
2	MARZO	$ 10530000
3	ABRIL	$ 10530000
4	MAYO	$ 10003500
5	JUNIO	$ 8950500
6	JULIO	$ 12109500
7	AGOSTO	$ 10003500
8	SEPTIEMBRE	$ 10530000
9	OCTUBRE	$ 10530000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 48964500	**$ 116883000**	**$ 93717000**	**$ 23166000**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Brindar atención medica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condición de salud. Realizar valoración de ingreso y de seguimiento hasta su egreso.	Historia clínica
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje w para el paciente y/o familiar.	Historia clínica
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	Diligenciar de manera adecuada la historia clinica proporcionando información veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas,adherencia a criterios que define el Ministerio de Salud y aplicando la Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya a cabalidad.	-historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado,estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Realizar trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	Historia clínica
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso.	Historia clínica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Historia clínica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Es la actividad diaria realizada por médico con el fin de evaluar de manera individual la condición clínica del paciente, aplicando sistemáticamente los siguientes pasos: interrogatorio, examen físico, valoración exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas y otros, análisis de la condición clínica y definición de la conducta a seguir. Obliga al registro sistemático e INMEDIATO en la historia clínica en el folio “EVOLUCIÓN DE PACIENTES”.	Historia clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur E.S.E., con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.	Historia clínica y registro de entrega de información a pacientes
9	9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Historia clínica
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Historia clínica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 10530000
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9477264569	FE89		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**15**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DIEZ MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 4212000	$ 673920	**$ 1700100**
Salud		SÁNITAS		$ 526500	**$ 1250100**
ARL	3	SURA		$ 102604	**$ 243700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1222407**	**$ 3193900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870327055

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CUBILLO JIMENEZ DORIS ANDREA	2024-11-27 15:59:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JHON EDISON PARRA MANCIPE	2024-11-28 11:35:41
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-01 06:26:17

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



JHON EDISON PARRA MANCIPE
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
81439408a223cf02d8b0b6fb5172c6e1431517fb39dd0170358fae98a197078e6227c2ad76cc7a4a7ea1a2d617ad1f59

Número de Factura: FE-89
Fecha de Emisión: 26/11/2024
Fecha de Vencimiento: 26/11/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA
Nombre Comercial: CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA
Nit del Emisor: 1015393178
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 88 70 B 10
Teléfono / Móvil: 8004260
Correo: 06cubillosfactura@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900958564
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CRA 20 47 B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7300000
Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	2	HONORARIOS MEDICOS POR PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA INTERNA USS EL TUNAL EN EL MUNICIPIO DE BOGOTA	NIU	24,00	$ 87.750,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.106.000,00
2	3	HONORARIOS MEDICOS POR PACIENTES ATENDIDOS EN UCI ADULTOS USS EL TUNAL EN EL MUNICIPIO DE BOGOTA	NIU	96,00	$ 87.750,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 8.424.000,00

Notas Finales

Municipio donde se prestó el servicio: Bogotá
Servicios prestados durante el mes de Noviembre del 2024
Nro. De Contrato 1389-2024
24 Horas Hosp medicina interna - USS el Tunal; Valor hora $87,750
96 Horas UCI Adultos - USS el Tunal; Valor hora $87,750
Favor consignar a la cuenta de ahorros No. 4870327055 del Banco Davivienda S.A.
Informo que he realizado actualizacion de la responsabilidad 47 que corresponde al regimen simple de tributacion de conformidad a lo dispuesto en el arti culo 1.5.8.3.1 del DUR 1625 del 2016 expuesto en el articulo 911 del estatuto tributario, los contribuyentes de regimen simple de tributacion -simple no estaran sujetos a retencion en la fuente atitulo de renta ni de ICA. Anexo rut actualizado para su validacion
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
26/11/2024 08:24:25
Documento validado por la DIAN:
26/11/2024 08:24:26
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	

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

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	10.530.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10.530.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	10.530.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 10.530.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764084057201 Rango desde: 89 Rango hasta: 100 Vigencia: 2025-05-26

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 1015393178		CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 88 70b-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8004260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052825452	9477264569	I	2024/11/21	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,193,900

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)					$10,000,001	$1,700,100			$10,000,001	$1,250,100			$0	$0			$10,000,001	$243,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,000,001	$1,700,100			$10,000,001	$1,250,100			$0	$0			$10,000,001	$243,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,000,001	$1,700,100			$10,000,001	$1,250,100			$0	$0			$10,000,001	$243,700		$0	$0
1	CC 1015393178	CUBILLOS DORIS	230201	30	$10,000,001	$1,700,100	EPS005	30	$10,000,001	$1,250,100		0	$0	$0	14-11	30	$10,000,001	$243,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$10,000,001	$1,700,100			$10,000,001	$1,250,100			$0	$0			$10,000,001	$243,700		$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 1015393178		CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 88 70b-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8004260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052825452	9477264569	I	2024/11/21	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,193,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700,100	$0	$0	$1,700,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,700,100	$0	$0	$1,700,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,700	$0	$0	$243,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$243,700	$0	$0	$243,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,250,100	$0	$0	$1,250,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,250,100	$0	$0	$1,250,100
TOTAL				1	$3,193,900	$0	$0	$3,193,900

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

1 General Information
2 Conditions
3 Catalogue Items
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 Contract Execution
8 Contract Versions
9 Non-Compliances

Cancel | Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step

VIEW CONTRACT

Contract Execution

Percentage ItemReception

Contract Invoice

Registration authorization is needed? Yes No

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State

No items found...

Create

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	CUENTA FEBRERO 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA FEBRERO 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA MARZO 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA MARZO 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA ABRIL 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA ABRIL 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA MAYO 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA MAYO 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA JUNIO 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail

	CUENTA JULIO 2024 CTO 1389-2024.pdf (Archived)	CUENTA JULIO 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA JULIO 2024 CTO 1389-2024..pdf	CUENTA JULIO 2024 CTO 1389-2024..pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA AGOSTO 2024 CTO 1389-2024..pdf	CUENTA AGOSTO 2024 CTO 1389-2024..pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA OCTUBRE 2024 CTO 1389-2024.pdf	CUENTA OCTUBRE 2024 CTO 1389-2024.pdf	Supplier	download	Detail

Remove selected Upload new

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda English

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898380178

(415)7707212489984(8020) 000001489838017 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 5 3 9 3 1 7 8	2 0 0 4 0 4 0 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUBILLOS	JIMENEZ	DORIS	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 88 70 B 10

42. Correo electrónico: 06cubillosfactura@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 0 0 4 2 6 0	3 1 8 2 0 9 9 3 3 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 3 0 2 1 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 23 / 14 : 14: 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14898380178

(415)7707212489984(8020) **000001489838017 8**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá, Enero 22 del 2024

Señores:
SUBRED SUR
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
La ciudad

Buen día:

Por medio de la presente comunicación quiero informar a ustedes sobre mi cambio de condición tributaria a régimen SIMPLE de tributación desde febrero del 2023, el cual está exento de retención en la fuente y reteica por parte de las instituciones. Para constancia de lo anterior adjunto RUT actualizado.

Atentamente;

Doris Andrea Cubillos J

DORIS ANDREA CUBILLOS JIMÉNEZ
CC 1.015.393.178 de Bogotá
Médica internista
Celular 3182099338
Correo electrónico: andeitaje@hotmail.com

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

uHOSBkrjJI

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

DORIS ANDREA CUBILLOS JIMENEZ

1015393178

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

UBICAR Y REUBICAR USUARIOS EN SITUACIONES QUE SE AMERITA

Con una intensidad horaria de : 6 horas

Para constancia se expide: noviembre 23, 2024

Vigencia de 2 años

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ