**INGEBAC S.A.S**
NIT 900.367.737-1
ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL. 31
56 A 38 P 0 LOC 10
Tel: (035) 0
Cartagena - Colombia
ingebaccartagena@outlook.com

Factura electrónica de venta
**No. INGC 3625**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO | | |
| **NIT** | 806.007.343-7 | **Teléfono** | (57) 3116598481 |
| **Dirección** | BRR SAN MARTIN SEC HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO CR 4 CL 6 22 | **Ciudad** | Cartagena - Colombia |

**Fecha y hora Factura**

| | |
|---|---|
| **Generación** | 31/10/2024, 08:20 |
| **Expedición** | 31/10/2024, 08:51 |
| **Vencimiento** | 30/11/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total | Valor desc. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BALANZA DE PISO DIGITAL SECA 874 | 1.00 | 3,293,831.00 | 3,919,658.89 | 0.00 |
| 2 | CINTA PARA CIRCUNFERENCIAS SECA201 | 7.00 | 59,231.00 | 493,394.23 | 0.00 |
| 3 | INFANTOMETRO EN PLEXIGLASS REF 0901 | 2.00 | 178,646.00 | 425,177.48 | 0.00 |
| 4 | TERMOMETRO DIGITAL RIGIDO MT502B | 6.00 | 8,775.00 | 62,653.50 | 0.00 |
| 5 | TALLIMETRO | 2.00 | 50,000.00 | 119,000.00 | 0.00 |
| 6 | MALETIN PARA EQUIPOS ANTROPROMETICOS | 1.00 | 400,000.00 | 476,000.00 | 0.00 |

**Total items:** 6

**Valor en Letras:**
Cinco millones cuatrocientos noventa y cinco mil ochocientos ochenta y cuatro pesos m/cte con diez cent.

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 4,618,390.00 |
| IVA 19% | 877,494.10 |
| **Total a Pagar** | 5,495,884.10 |

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-11-30 por $ 5,495,884.10

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764068279416 aprobado en 20240401 prefijo INGC desde el número 3564 al 4000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 7020 Actividades de consultoría de gestión Tarifa
**CUFE:** fb4109c8d9f04b48f982a5dc87759b81fb81d35a3bbfbb377c8edbeb89d31bd3981cf4a7eeaa30c2e7da92355b788841

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML



Scanned with CamScanner

**INGEBAC S.A.S**
NIT 900.367.737-1
ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL. 31 56 A 38 P 0 LOC 10
Tel: (035) 0
Cartagena - Colombia
ingebaccartagena@outlook.com

Factura electrónica de venta
**No. INGC 3623**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO | | |
| **NIT** | 806.007.343-7 | **Teléfono** | (57) 3116598481 |
| **Dirección** | BRR SAN MARTIN SEC HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO CR 4 CL 6 22 | **Ciudad** | Cartagena - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 30/10/2024, 15:45 |
| **Expedición** | 30/10/2024, 19:44 |
| **Vencimiento** | 29/11/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total | Valor desc. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CHALECOS VERDES NACIONAL EN DRIL TUIL CON DOS BOLSILLOS Y CORREDERA DESPRENDIBLE PECHO IZQUIERDO: LO | 25.00 | 94,500.00 | 2,811,375.00 | 0.00 |
| 2 | GORRA ACRILICA VERDE NACIONAL FRENTE: LOGO DEL HOSPITAL | 25.00 | 21,600.00 | 642,600.00 | 0.00 |

**Total Items:** 2

**Valor en Letras:**
Tres millones cuatrocientos cincuenta y tres mil novecientos setenta y cinco pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-11-29 por $ 3,453,975.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 2,902,500.00 |
| IVA 19% | 551,475.00 |
| **Total a Pagar** | **3,453,975.00** |

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764068279416 aprobado en 20240401 prefijo INGC desde el número 3564 al 4000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 7020 Actividades de consultoría de gestión Tarifa
**CUFE:** 062ab883d331839874d2298fc46150c7f66bc2b2ef3be6cf294d86438eee3fd7df29ae9c839c9de6bbe34623b238d6cb

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.048.145-8 Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

Scanned with CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14670247046

(415)7707212489984(8020) 000001467024704 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

35. Razón social
INGEBAC S.A.S.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

41. Dirección principal
BRR ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL 31 56 A 38 P 0 LC 10

42. Correo electrónico ingebaccartagena@outlook.com

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

## 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 0 2 0 | 2 0 1 0 0 6 1 0 | 7 0 1 0 | 2 0 2 0 0 6 1 7 | 4 7 5 9 / 3 9 0 0 | | |

## 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 | 5 | 7 | 9 | 1 4 | 4 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 08 - 19 / 16 : 38: 41

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 CASTILLO LEON RAMIRO IVAN
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA 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: 14670247046

(415)7707212489984(8020) **000001467024704 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena | 6 |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 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 | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 4 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | 2 0 1 0 0 6 0 8 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 0 0 7 0 6 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 2 7 5 0 0 6 1 2 | |
| 78. Departamento | 1 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 2 0 1 0 0 6 0 8 | |
| 81. Hasta | 2 0 9 9 1 2 3 1 | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670247046

(415)7707212489984(8020) **000001467024704 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena | 6 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 0 0 7 0 6 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 7 3 1 9 9 1 1 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTILLO | LEON | RAMIRO | IVAN |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 0 0 7 0 6 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 5 7 1 5 2 6 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GARCIA | QUINTERO | GLORIA | YURIMA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# ACCESCOMP

**ACCESCOMP**
REMBERTO MONTES BAENA - NIT 92539127-6
CALLE 16 No 9-35 AV COLOMBIA BARRIO CORDOBA, Magangué, Bolivar, C.P. 132512
Tel: +573046106725
rembertomontes@hotmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
**No. RBM10385**
Responsable de IVA

| | | | |
|---|---|---|---|
| SEÑOR(ES) | E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO | | FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA) |
| DIRECCIÓN | BARRIO SAN MARTIN, Colombia, Magangué, Bolivar, 132512 | | 13/11/2024 |
| | | | FECHA DE VENCIMIENTO |
| TELÉFONO | 3116598481 | NIT 806007343-7 | 21/11/2024 |

| ID | Ítem | Unidad | Precio | Cantidad | Descuento | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | TODO EN UNO HP 22 DG0011LA PROCESADOR N100 DDR4 8GB SSD 256 PANTALLA 21.5 FHD GARANTIA 12 MESES CON EL FABRICANTE - Ref: A82XVLA#ABM | Unidad | COP 1,440,000 | 1 | | COP 1,440,000 |
| 2 | UPS 750V INTERACIVA NICOMAR POWES garantia 3 meses - Ref: 750V 7703240072693 | Unidad | COP 195,000 | 1 | | COP 195,000 |
| 3 | SILLA GERENCIAL CIELO - Ref: CIELO | Unidad | COP 495,000 | 2 | | COP 990,000 |
| 4 | MULTIFINCIONAL RICOH M C251FW COLOR CARTA Y OFICIO RESOLUCION 2400X600 WIFI DUPLEX - Ref: C251FW | Unidad | COP 2,981,638 | 1 | | COP 2,981,638 |

Seis millones trescientos noventa y ocho mil doscientos noventa y nueve pesos

Moneda: COP
Generado: 2024-11-13 10:34:40-05:00
Validación DIAN: 2024-11-13 10:35:41-05:00

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Crédito

**CUFE: 15ffacca53032449b23f22915144fe48859968dc5ba020fdc85289cc27d9abb4700b67e3f8b7f04a5c60c7797ad96562**

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

| | |
|---|---|
| Subtotal | 5,606,638 |
| IVA (0.00%) | 0 |
| IVA (19.00%) | 791,661 |
| Total | 6,398,299 |

**Total de lineas: 4**

Accescomp

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764080033615 de 2024-09-23 Modalidad Factura Electrónica Desde N° RBM10001 hasta RBM20000 con vigencia hasta 2026-09-23

**Representación gráfica de factura de venta electrónica**

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14902924731

(415)7707212489984(8020) 000001490292473 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 2 5 3 9 1 2 7 | 6 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 | 9 2 5 3 9 1 2 7 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sincelejo 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MONTES | BAENA | REMBERTO | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| ACCESCOMP | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Magangué 4 3 0 |

41. Dirección principal: BRR CORDOBA AV COLOMBIA CL 16 9 35

42. Correo electrónico: rembertomontes@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 6 5 1 | 2 0 0 7 0 8 1 7 | 4 6 5 2 | 2 0 0 7 0 8 1 7 | | 4 7 6 1 | 9 5 1 1 | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 4 2 | 4 8 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 03 - 15 / 10 : 30: 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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MONTES BAENA REMBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670247046

(415)7707212489984(8020) **000001467024704 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena 6 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de consultoría de gestión 7 0 2 0 |

162. Nombre del establecimiento: INGEBAC

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

165. Dirección: BRR ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL 31 56 A 38 P 0 LC 10

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 0 2 7 5 0 0 9 | 2 0 1 0 0 7 0 6 |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14902924731

(415)7707212489984(8020) **000001490292473 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 2 5 3 9 1 2 7 | 6 | Impuestos de Cartagena | 6 |

**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 | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 7 0 8 1 7 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 2 3 1 1 6 | |
| 78. Departamento | 1 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 1 9 | |
| 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 | 8 1 | 2 0 1 9 0 2 2 0 | | - |
| 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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14902924731

(415)7707212489984(8020) **000001490292473 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 2 5 3 9 1 2 7 | 6 | Impuestos de Cartagena 6 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por mayor de computadores, equipo periférico y programas de i 4 6 5 1 |

162. Nombre del establecimiento: ACCESCOMP

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bolívar 1 3 | Magangué 4 3 0 |

165. Dirección: AV COLOMBIA CL 16 9 35 BRR CORDOBA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 2 3 1 1 7 | 2 0 0 7 0 8 1 7 |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| 3 2 0 5 7 2 5 4 0 3 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
| | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Graficas YULI Litografia

para su Empresa o Negocio

Papeleria y Publicidad en general

CALLE 16 N6A - 78
BARRIO CÓRDOBA DETRAS DE ARA
Magangué - Bol.
estelaalandete8@gmail.com
3215946409

Mercy E. Alandete S.
*NIT : 33203194-2*
Regimen: Simplificado

# FACTURA DE VENTA

**N° 4998**

| FECHA | | |
|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO |
| 06 | 11 | 2024 |

**CLIENTE:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN NICOLÁS DE TOLENTINO — **C.C./NIT.** 806007343-7

**DIRECCIÓN:** PINILLO - BOLIVAR — **TEL./CEL:**

| CANT. | DESCRIPCION | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1000 | Formatos impresos por ambos lados | 1400 | 1.400.000 |
| | tamaño 68x27 | | |

SON:

TOTAL $ 1.400.000

FIRMA COMPRADOR:

FIRMA VENDEDOR: Mercy Alandete 33203194

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, ART. 772 DEL CODIGO DE COMERCIO.

GRAFICAS YULI - NIT 33.203.194-2 - MAGANGUÉ, BOLÍVAR

Scanned with CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14943347470

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 3 2 0 3 1 9 4 | 2 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 | 33203194 | 1 9 8 9 0 3 1 5 |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolivar 1 3 | Magangue 4 3 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALANDETE | SOLORZANO | MERCY | ESTELA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolivar 1 3 | Magangué 4 3 0 |

41. Dirección principal: CL 18 10 A 44 BRR OLAYA

42. Correo electrónico: estelaalandete8@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 1 8 1 1 | 2 0 2 2 0 6 3 0 | 4 7 9 9 | 2 0 2 1 0 2 0 2 | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 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: 2023-09-01 15:53:53

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.

964. Nombre: ALANDETE SOLORZANO MERCY ESTELA
965. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 01-09-2023 03:54:27PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

I am Sorry !!!!

**Factura Electrónica de Venta**
**Nro. Doc.:** IT1629
**Fecha Emisión:** 2024-11-15 08:32:05
**Fecha validación:** 2024-11-15 08:37:06-05:00
**Fec. Vcto.:** 2024-11-15

**Nº Resolución:** 18764062006624 **Prefijo:** IT **Consecutivo:** 1553 hasta 2000 **Fecha:** 2023-12-15 **hasta** 2024-12-15

| Datos del Emisor | Datos del Adquiriente |
|---|---|
| **Razón social/Nombre:** ITACATE DE COLOMBIA S.A.S.<br>**NIT:** 900272501-1<br>**Actividad Económica:** 4690<br>**Responsabilidad:** No aplica – Otros -<br>**Dirección:** CL 75 13 58 OF 604 - BOGOTÁ, D.C. - - Bogotá - CO<br>**Teléfonos:** 3214402445<br>**Contacto:** CARLOS EDUARDO ANGEL<br>**E-mail:** carlos@itacate.org | **Razón social/Nombre:** ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>**NIT:** 806007343-7<br>**Actividad Económica:** 8610<br>**Dirección:** BRR SAN MARTIN SEC HOSPITAL SA NICOLAS DE TOLENTINO CR 4 CLL 6 22 - PINILLOS - - Bolívar - CO<br>**Teléfonos:** 3116598481<br>**E-mail:** hospitaldepinillos@hotmail.com |

| # | Código | Cant. | Medida | Descripción | Valor Unitario | %Impuesto | Impuesto | Descuento | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85 | 2,430.00 | ZZ | Producto - ALIMENTO LISTO PARA CONSUMO x 50gramos | 2,436.97 | IVA 19.00 | 1,125,149.05 | | 7,046,986.15 |

Total Items 1

**Impuestos**

| Tipo de Impuestos | Monto Base | Total |
|---|---|---|
| IVA : 19.00% | 5,921,837.10 | 1,125,149.05 |

**Retenciones**

| Tipo de Retención | Monto Base | Porcentaje | Total |
|---|---|---|---|
| ReteRenta | 5,921,837.10 | 2.50 | 148,045.93 |

**Totales**

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | 5,921,837.10 |
| **TOTAL Base Imponible:** | 5,921,837.10 |
| **IVA** | 1,125,149.05 |
| **TOTAL:** | 7,046,986.15 |
| **TOTAL en letras: Siete Millones Cuarenta Y Seis Mil Novecientos Ochenta Y Seis Con Quince COP** | |
| **Redondeo Aplicado:** | 0.00 |

**Medios de Pago**

| Forma de Pago | Medio de Pago | Fecha de Vencimiento | Número de Referencia | Código Referencia | Número de Días | Código Banco | Banco | Número de Transferencia | Código del Canal de Pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contado | Consignación bancaria | | 1 | | | | | | |

**CUFE:** 8c965581853150e5fe8c9a90b879460ab378046819eb59fe041b55dfbd371a1f3bbad36f94ec50dc38f92bc3a531b9f2

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Master: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-779



Scanned with CamScanner

**INGEBAC S.A.S**
NIT 900.367.737-1
ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL. 31
56 A 38 P 0 LOC 10
Tel: (035) 0
Cartagena - Colombia
ingebaccartagena@outlook.com

Factura electrónica de venta
**No. INGC 3639**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | E.S.E. HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO | | |
| **NIT** | 806.007.343-7 | **Teléfono** | (57) 3116598481 |
| **Dirección** | BRR SAN MARTIN SEC HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO CR 4 CL 6 22 | **Ciudad** | Cartagena - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 03/12/2024, 09:56 |
| **Expedición** | 03/12/2024, 10:17 |
| **Vencimiento** | 02/01/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Valor Impto.Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | INFANOMETRO EN PLEXIGLAS REF. 417 | 3.00 | 1,063,800.00 | 606,366.00 | 3,797,766.00 |
| 2 | TALLIMETRO PORTATIL DE BASE 213 213 | 3.00 | 1,046,250.00 | 596,362.50 | 3,735,112.50 |
| 3 | MALETIN PARA EQUIPOS ANTROPROMETICOS | 2.00 | 400,000.00 | 152,000.00 | 952,000.00 |
| 4 | TERMOMETRO | 1.00 | 8,775.00 | 1,667.25 | 10,442.25 |
| 5 | CINTA METRICA GMD CLASICA | 8.00 | 9,076.00 | 13,795.52 | 86,403.52 |
| 6 | BALANZA DE PISO DIGITAL SECA 874 | 2.00 | 3,293,831.00 | 1,251,655.78 | 7,839,317.78 |
| 7 | CINTA METRICA SECA 212 | 8.00 | 378,506.00 | 575,329.12 | 3,603,377.12 |

**Total items:** 7

**Valor en Letras:**
Veinte millones veinticuatro mil cuatrocientos diecinueve pesos m/cte con diecisiete cent.

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 16,827,243.00 |
| IVA 19% | 3,197,176.17 |
| **Total a Pagar** | 20,024,419.17 |

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-01-02 por $ 20,024,419.17

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764068279416 aprobado en 20240401 prefijo INGC desde el número 3564 al 4000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 7020 Actividades de consultoría de gestión Tarifa
**CUFE:** 4828b37b8ee73bd93da859f0d8dc3c45cda1e6cdafe341ba54eec06709dc36a4ad9cfaca57dab640736f57f70d74d69f

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14670247046

(415)7707212489984(8020) 000001467024704 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

35. Razón social
INGEBAC S.A.S.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

41. Dirección principal
BRR ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL 31 56 A 38 P 0 LC 10

42. Correo electrónico ingebaccartagena@outlook.com

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

## 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 0 2 0 | 2 0 1 0 0 6 1 0 | 7 0 1 0 | 2 0 2 0 0 6 1 7 | 4 7 5 9 / 3 9 0 0 | | |

## 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 | 5 | 7 | 9 | 1 4 | 4 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 08 - 19 / 16 : 38: 41

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 CASTILLO LEON RAMIRO IVAN
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA 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: 14670247046

(415)7707212489984(8020) **000001467024704 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena | 6 |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 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 | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 4 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | 2 0 1 0 0 6 0 8 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 0 0 7 0 6 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 2 7 5 0 0 6 1 2 | |
| 78. Departamento | 1 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 2 0 1 0 0 6 0 8 | |
| 81. Hasta | 2 0 9 9 1 2 3 1 | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670247046

(415)7707212489984(8020) **000001467024704 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena | 6 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 0 0 7 0 6 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 7 3 1 9 9 1 1 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTILLO | LEON | RAMIRO | IVAN |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 0 0 7 0 6 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 5 7 1 5 2 6 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GARCIA | QUINTERO | GLORIA | YURIMA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670247046

(415)7707212489984(8020) **000001467024704 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 3 6 7 7 3 7 | 1 | Impuestos de Cartagena 6 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de consultoría de gestión 7 0 2 0 |

162. Nombre del establecimiento: INGEBAC

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

165. Dirección: BRR ESCALLON VILLA CENTRO MEDICO LOS EJECUTIVOS CL 31 56 A 38 P 0 LC 10

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 0 2 7 5 0 0 9 | 2 0 1 0 0 7 0 6 |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección:

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DISTRIBUCIONES Y LOGISTICAS S.A.S
CEL: 3219139886

DISTRIBUCIONES Y LOGISTICA L Y M SAS NIT 901686662
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

# Factura Electrónica de Venta **FEVD413**

Representacion Gráfica

RESOLUCION DIAN #18764072504102 DEL 2024-06-07 RANGO DEL FEVD 93 AL FEVD 1000 de FEVD 93 a FEVD 1000

| | |
|---|---|
| Fecha de Generación | 06/12/2024 12:12:56 |
| Forma de Pago | CONTADO |
| Medio de Pago | CONSIGNACION BANCARIA |
| Moneda | COP |
| Tipo de Operación | Estandar |

## DATOS DEL EMISOR

| | |
|---|---|
| Razón Social | DISTRIBUCIONES Y LOGISTICA L Y M SAS |
| NIT | 901686662 |
| Obligación | RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN |
| Email | DISTRIBUCIONESYLOGISTICALYMSAS@GMAIL.COM |
| Teléfono | 3003878780 |
| Dirección | DIAGONAL 13 N 17 46 |
| Ciudad, Depart. | MONTERÍA, CÓRDOBA (CO) |

## DATOS DEL CLIENTE

| | |
|---|---|
| Razón Social | E.S.E HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO |
| NIT | 806007343 |
| Obligación | IVA |
| Email | hospitaldepinillos@hotmail.com |
| Teléfono | , 3116598481 |
| Dirección | BRR SAN MARTIN SEC HOSPITAL SAN NICOLAS DE TO |
| Ciudad, Depart. | MONTERÍA,CÓRDOBA (CO) |

| No | REF | DESCRIPCION | CANT | U/M | PRECIO | DESC | IMP | SUBTOTAL | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 00411 | RACION FAMILIAR POR PREPARAR | 138 | UND | 376.128,00 | 0,00 | IVA 0% | 51.905.664,00 | 51.905.664,00 |
| 2 | 00412 | RACION FAMILIAR POR PREPARAR . | 131 | UND | 346.836,00 | 0,00 | IVA 0% | 45.435.516,00 | 45.435.516,00 |

Total items: 2

CONSIGNACION BANCARIA $97.341.180,00

SON: NOVENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA PESOS

| | |
|---|---|
| Subtotal | $97.341.180,00 |
| **Total a Pagar** | **$97.341.180,00** |

FACTURA PAQUETES DE RACION FAMILLIAR POR PREPARAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE

SANDRA JAMES

ELABORADO POR

FIRMA CLIENTE

CUFE: c7c2713e0dcbceabc5b44ce87e3445f26894f73ec129427c4f49b38f2a94b57970ff3924c8f1c99276b940e56f339369

Modo de operación Software Propio: NIT 901686662 DISTRIBUCIONES Y LOGISTICA L Y M SAS Software fabricado por TERAPPS TECNOLOGIA INFORMATICA S.A.S NIT 900.740.206 - Software: T-ONE ERP

**CUENTA DE COBRO**

**Número consecutivo del documento**: 01

**Fecha de generación del documento:** 6 de noviembre de 2024

**Fecha de prestación:** Mes de octubre y noviembre 2024

**Dirección del prestador:** Montería – Córdoba

**Teléfono del prestador**: 3003878780

**Correo electrónico:** distribucionesylogisticalymsas@gmail.com

## Hospital San Nicolas de Tolentino NIT: 806007343 - 7

Debe a:

**DISTRIBUCIONES Y LOGISTICAS L Y M SAS**

| Cantidad | Descripción y/o concepto | Valor unitario | Valor total |
|---|---|---|---|
| 01 | RACION FAMILIAR POR PREPARAR | 97.341.180 | 97.341.180 |
| **TOTAL** | | | **97.341.180** |

Favor transferir a la cuenta de ahorros número 09100010063 de **Bancolombia**, a nombre de Distribuciones Y Logistica L Y M SAS

Igualmente, me permito informar que de conformidad con los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto 1625 de 2016, modificados por el decreto 2231 de 2023, manifiesto bajo la gravedad del juramento que, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente por concepto de las rentas de trabajo diferentes a las provenientes de una relación laboral, no me tomare costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados.

Atentamente,

DINA ARROYO MARTÍNEZ
CC. 25879347
Rep. Legal

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141121328737

(415)7707212489984(8020) 000014112132873 7

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

35. Razón social
DISTRIBUCIONES Y LOGISTICA L Y M S.A.S.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal
DG 12 24 68 BRR EFMUNDO LOPEZ

42. Correo electrónico distribucionesylogisticalymsas@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

### Usuarios 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2024 - 09 - 02 / 10 : 43: 31

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 VALLEJO ISAZA NANCY MARIA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141121328737

(415)7707212489984(8020) **000014112132873 7**

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

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 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 | 1 |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 4 | |
| 72. Número | 1 | |
| 73. Fecha | 2 0 2 3 0 2 2 0 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 3 0 2 2 4 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 0 2 0 4 9 2 6 | |
| 78. Departamento | 2 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 2 0 2 3 0 2 2 0 | |
| 81. Hasta | 2 0 9 9 1 2 3 1 | |

**Composición del Capital**

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 1 | 2 0 2 3 0 2 2 0 | | - |
| 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. |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante: DINA ESTHER ARROYO MARTINEZ

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141121328737

(415)7707212489984(8020) **000014112132873 7**

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 3 0 2 2 0 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 2 5 8 7 9 3 4 7 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARROYO | MARTINEZ | DINA | ESTHER |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14914751063

(415)7707212489984(8020) 000001491475106 3

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

## 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 | 1137189019 | 2022/11/16 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DAVILA | GIL | DANIEL | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal
CR 4 N 10- 57 BARRIO ARROLLITO

. Correo electrónico ELDANIELDAVILAGIL@GMAIL.COM

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 5 6 6 2 7 2 7 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 7 1 1 | 2023/05/16 | 5 6 3 0 | 2023/05/16 | | | | | 0 |

### 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 05 - 16 / 15 : 01: 14

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 DAVILA GIL DANIEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

Página 2 de 2 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914751063

(415)7707212489984(8020) 000001491475106 3

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

## 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 | 0 9 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | 2 0 2 3 0 5 1 6 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 3 0 5 1 6 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 0 0 5 4 5 1 4 | |
| 78. Departamento | 1 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 5 4 9 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | % |
| 86. Extranjero público | % |
| 87. Extranjero privado | % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO**
**PINILLOS BOLIVAR**
**NIT 806007343-7**

**DEBE A:**

**DANIEL DAVILA GIL,** identificado con cedula de ciudadanía. N° **1.137.189.019** de Pinillos, Bolívar.

**LA SUMA DE:** OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE.

**Son: $ 8.150.000,00**

**POR CONCEPTO DE:** TRANSPORTE A EQUIPOS DE MODALIDAD DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION MES DE NOVIEMBRE AÑO 2024.

| TRANSPORTE | | |
|---|---|---|
| **FECHA** | **CORREGIMIENTOS** | **VALOR** |
| 05/11/2024 | PUERTO PINILLOS. | $ 150.000,00 |
| 07/11/2024 | ARMENIA | $ 440.000,00 |
| 13/11/2024 | NUEVA ESPERANZA. | $ 200.000,00 |
| 14/10/2024 | LA UNION. | $ 300.000,00 |
| 15/11/2024 | SANTA COA. | $ 350.000,00 |
| 19/11/2024 | PALENQUITO. | $ 440.000,00 |
| 20/11/2024 | PALENQUITO. | $ 440.000,00 |
| 21/11/2024 | PALENQUITO. | $ 440.000,00 |
| 26/11/2024 | MONTECELIO. | $ 440.000,00 |
| 27/11/2024 | NICARAGUA. | $ 440.000,00 |
| 27/11/2024 | PUERTO LOPEZ. | $ 440.000,00 |
| 27/11/2024 | VIDA TRANQUILA. | $ 440.000,00 |
| 28/11/2024 | NICARAGUA. | $ 440.000,00 |
| 28/11/2024 | PALENQUITO. | $ 440.000,00 |
| 29/11/2024 | PUERTO RICO TIQUISIO. | $800.000,00 |
| 29/11/2024 | BOLOMBO TIQUISIO. | $200.000,00 |
| 29/11/2024 | AGUAS NEGRAS TIQUISIO. | $400.000,00 |
| 29/11/2024 | PALMA ESTERAL TIQUISIO. | $500.000,00 |
| 29/11/2024 | BOCAS DE SOLIS. | $450.000,00 |
| 29/11/2024 | PUEBLO NUEVO. | $400.000,00 |
| | **TOTAL** | **$ 8.150.000,00** |

Daniel Davila Gil

**DANIEL DAVILA GIL**
**CC N° 1.137.189.019**

# DANIEL DAVILA GIL

NIT 1137189019

Dir. CR 4 N 10- 57 BARRIO ARROLLITO

## Factura electrónica de venta

No. **FE1526**

| INFORMACION DEL CLIENTE | FECHA | TOTAL |
|---|---|---|
| **E.S.E HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO** | **29/11/2024** | **$8.150.000** |
| **NIT No. :** 806007343-7 | VENDEDOR | |
| **DIRECCION :** Cr 4 Calle 6 N° 22 Barrio San Martin | - | |
| **TELEFONO :** | FECHA VENCIMIENTO | REFERENCIA |
| **CIUDAD :** PINILLOS **PAIS :** Colombia | 10/12/2024 | |

| # | CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | VALOR UNIT. | DCTO. | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 17 | PUERTO PINILLOS | 1 | $150.000 | | $150.000 |
| 2 | 18 | ARMENIA | 1 | $440.000 | | $440.000 |
| 3 | 19 | NUEVA ESPERANZA | 1 | $200.000 | | $200.000 |
| 4 | 20 | LA UNION | 1 | $300.000 | | $300.000 |
| 5 | 21 | SANTA COA | 1 | $350.000 | | $350.000 |
| 6 | 22 | PALENQUITO | 4 | $440.000 | | $1.760.000 |
| 7 | 23 | MONTECELIO | 1 | $440.000 | | $440.000 |
| 8 | 2 | NICARAGUA | 2 | $440.000 | | $880.000 |
| 9 | 6 | PUERTO LOPEZ | 1 | $440.000 | | $440.000 |
| 10 | 10 | VIDA TRANQUILA | 1 | $440.000 | | $440.000 |
| 11 | 11 | PUERTO RICO TIQUISIO | 1 | $800.000 | | $800.000 |
| 12 | 12 | BOLOMBO TIQUISIO | 1 | $200.000 | | $200.000 |
| 13 | 13 | AGUAS NEGRAS TIQUISIO | 1 | $400.000 | | $400.000 |
| 14 | 14 | PALMA ESTERAL TIQUISIO. | 1 | $500.000 | | $500.000 |
| 15 | 15 | BOCAS DE SOLIS. | 1 | $450.000 | | $450.000 |
| 16 | 16 | PUEBLO NUEVO. | 1 | $400.000 | | $400.000 |

**NRO. ITEMS FACTURADOS:** 16

| FORMA DE PAGO | IDENTIFICACION | VALOR |
|---|---|---|
| CxC # 1 | Vence: 10/12/2024 | $8.150.000 |

**VALOR (en letras) :** OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESO

OBSERVACIONES

TRANSPORTE A EQUIPOS DE MODALIDAD DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION.
Persona natural, Régimen ordinario de tributación y No responsable impuesto a las ventas
Factura a crédito, plazo hasta 10/12/2024.

| Preparado | Aprobado | Contabilizado | Revisado |
|---|---|---|---|
| | | | |

**FIRMA Y SELLO**

**C.C. O NIT.**

**Sello de firma:**

mHni3XPlVt86bieEoYO3JpadzmpfRCN9hN6bxcU7047DCCLR2U6ZvpvfZGjmor/cJn6bx/OPxC7g53XyN9h+oT1wREKPhzISDfif9xvj/ytpU7dMMgG5BLQ5X+Zu
dnuWRkIkgWKd4RzO0vU/s+dv+kbKGVfizSHUHORZ0bsxip/CdGtvSmjsa1E9GVbcQykGbyooj6sewbdde12qpqx7c/8V5wVLvcONhfcNY4BABwVh2CB9XgBEs
n4XuRFHEDIo7mDxTB/938aYZGVcrBMKr6e8rcTDlnLWbGcjA5BYMCqvqf/GTY87fyCX/kWvJixZKgnn6qDBRaSbme+zzwRyhA==

**CUFE:** 510fac776421f4ca23577b51f99315e37f3e79eb33e244c7d9671b22a0392d5c2b506a948f4d0b09b34ca1581923cb8a

**Fecha emisión:** 2024-12-05 07:24:18 **Fecha validación DIAN:** 2024-12-05 07:24:25-05:00

**Proveedor Tecnológico: NIT**: 890930534 - Cadena S.A.



Resolucion DIAN 18764075493916 Prefijo FE Rango 1501 al 2000 Vigencia: 22/07/2024 hasta 22/07/2026

**EVERALDO DE JESUS FLEREZ GOMEZ**
NIT 1.052.997.122-9
CLL 12 CRA 18 # 17-34
Tel: (057) 3012239739
Magangué - Colombia
everaldo.flerez@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. 173**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | E.S.E HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO | | |
| **NIT** | 806.007.343-7 | **Teléfono** | (057) 3116598481 |
| **Dirección** | BARRIO SAN MARTIN CRA 4 CALLE 6 N° 22 | **Ciudad** | Pinillos - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 13/11/2024, 10:02 |
| **Expedición** | 13/11/2024, 10:02 |
| **Vencimiento** | 13/11/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CAJA DE RESMA TAMAÑO CARTA X 10 UNIDADES | 1.00 | 240,000.00 | 240,000.00 |
| 2 | CAJA DE RESMA TAMAÑO OFICIO X 10 UNIDADES | 4.00 | 28,000.00 | 112,000.00 |
| 3 | CAJA DE LAPIZ NEGRO NORMA | 3.00 | 9,000.00 | 27,000.00 |
| 4 | CAJA DE SACAPUNTAS | 3.00 | 9,000.00 | 27,000.00 |
| 5 | BORRADOR MAYKA 612 CJX12 | 3.00 | 5,000.00 | 15,000.00 |
| 6 | CAJAS DE LAPICEROS NEGRO POR 12 UNDS | 3.00 | 9,000.00 | 27,000.00 |
| 7 | CAJA DE MARCADOR AZUL SHARPIE | 3.00 | 23,500.00 | 70,500.00 |
| 8 | CARPETA CONCHA DE COCO | 100.00 | 800.00 | 80,000.00 |
| 9 | GANCHO LEGAJADOR | 100.00 | 1,000.00 | 100,000.00 |
| 10 | PERFORADORAS GRANDE | 2.00 | 20,000.00 | 40,000.00 |
| 11 | CAJAS DE GRAPAS | 3.00 | 3,800.00 | 11,400.00 |
| 12 | UND DE GRAPADORA GRANDE | 2.00 | 12,000.00 | 24,000.00 |
| 13 | CINTA TRANSPARENTE GRANDE | 5.00 | 38,000.00 | 190,000.00 |
| 14 | CAJAS DE RESALTADORES SURTIDOS | 3.00 | 16,000.00 | 48,000.00 |
| 15 | HUELLERO | 6.00 | 4,000.00 | 24,000.00 |
| 16 | CARTULINAS | 100.00 | 950.00 | 95,000.00 |
| 17 | SACA GRAPAS STOPLE | 2.00 | 2,000.00 | 4,000.00 |

**Total items:** 17

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 1,134,900.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 1,134,900.00 |

**Valor en Letras:**
Un millón ciento treinta y cuatro mil novecientos pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Consignación bancaria - Consignación $ 1,134,900.00

**Observaciones:**

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764076832680 aprobado en 20240809 prefijo desde el número 151 al 200 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8299 Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p. Tarifa
**CUFE:** 6edbbbcaa0facb916eef0a37f9b436d8aaf8122af2afb9466842a4e42a7640351d5ba44ba3eddb93c3512936e12bd528

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141112709528

(415)7707212489984(8020) 000014111270952 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1052997122 | 9 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 13 | 1052997122 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bolívar 13 | Magangué 430 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FLEREZ | GOMEZ | EVERALDO | DE JESUS |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| SUMINISTRO Y DOTACIONES RC | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bolívar 13 | Magangué 430 |

41. Dirección principal: BRR FLORIDA CL 12 17 34

42. Correo electrónico: everaldo.flerez@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3012239739 | |

## 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 |
| 8299 | 2015/09/02 | 4761 | 2024/03/22 | | | |

## 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 5 | | 49 | 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 08 - 12 / 03 : 40: 29

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**NILSON SANCHEZ RODRIGUEZ,** identificado con la cédula de ciudadanía N° **1.051.734.163**

**LA SUMA DE:** DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOS PESOS M/CTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GESTOR COMUNITARIO PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $2.234.002**

Nilson Sanchez R.

**NILSON SANCHEZ RODRIGUEZ**
**CC N° 1.051.734.163**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | NILSON SANCHEZ RODRIGUEZ |
| **CEDULA:** | 1,051,734,163 |
| **CARGO:** | GESTOR (A). |
| **OBJETIVO:** | GESTOR COMUNITARIO. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar búsqueda activa a través del perímetro braquial. | Si | Se realizó búsqueda activa en los corregimientos, veredas y cabecera municipal Pinillos y tiquisio.<br><br>La focalización se realizó casa a casa por parte de los gestores comunitarios, profesionales, lugares en los cuales se logró identificar a través del respectivo tamizaje talla, peso y perímetro braquial la posible población beneficiaria, niños con riesgo de desnutrición aguda y madres gestantes bajas de peso para la edad gestacional. |
| 2 | Identificación de los signos clínicos de dnt. | Si | Durante el proceso de focalización se tiene en cuenta los signos de desnutrición tales como: delgadez extrema, cabellos quebradizos y des pigmentados y población con edemas. Estos fueron priorizados por la profesional en nutrición quien realizó valoración y así verificar el criterio de ingreso para la modalidad. |
| 3 | Participación en la elaboración y plan de acompañamiento familiar. | Si | Se participó en la organización del cronograma de actividades durante el mes de noviembre con el fin de brindar a los beneficiarios una buena atención. Se participó en el proceso de focalización, recolección de la papelería, entrega de raciones y organización de carpetas. |
| 4 | Realizar cronograma de visita domiciliaria en compañía del profesional psicosocial. | Si | Nos reunimos con el equipo interdisciplinario para la organización del cronograma de actividades y visitas de seguimientos para cada gestor con el fin de establecer fechas y compromiso, de acuerdo con la cantidad de beneficiarios con los que cuenta el programa, y a las necesidades de cada familia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5** | **Diligenciar el formato operativo f.1** | **Si** | Se diligenció el formato F1 con los datos brindados por los padres de los beneficiarios los cuales pudimos constatar con los documentos recibidos de su parte y la información que se obtuvo en la focalización. |
| **6** | **Diligenciar el formato f.9.** | **Si** | Se realiza apertura del formato para los ingresos y se relaciona el seguimiento correspondiente donde se plasmaron los hallazgos encontrados en el seguimiento a los beneficiarios, charlas educativas y firmas de los beneficiarios en el formato, como soporte de las mismas. |
| **7** | **Participación y apoyo en el programa de Educación alimentaria y nutricional.** | **Si** | Se participa y se apoya a través de la educación que se le brinda a nuestros beneficiarios teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales. |
| **8** | **Cumplir con la asistencia y participación de los eventos de capacitación y desarrollo con los profesionales del equipo de las EAS y el ICBF.** | **Si** | Se cumplió con las asistencias y se participó en las capacitaciones que brindan los profesionales del equipo interdisciplinarios. |

**NILSON SANCHEZ RODRIGUEZ**
**1,051,734,163**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

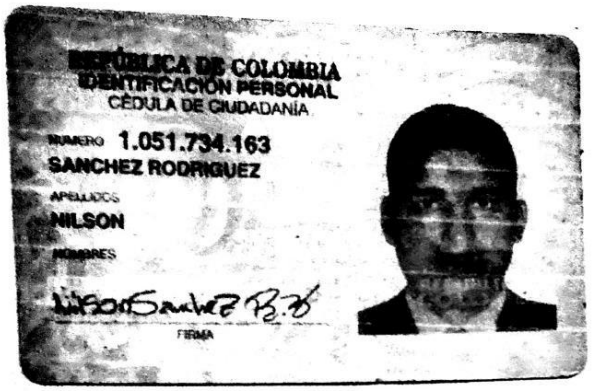
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1051734863 | | SANCHEZ RODRIGUEZ NILSON | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cr 4 7-6 | PINILLOS-BOLIVAR | 6878844 | No |

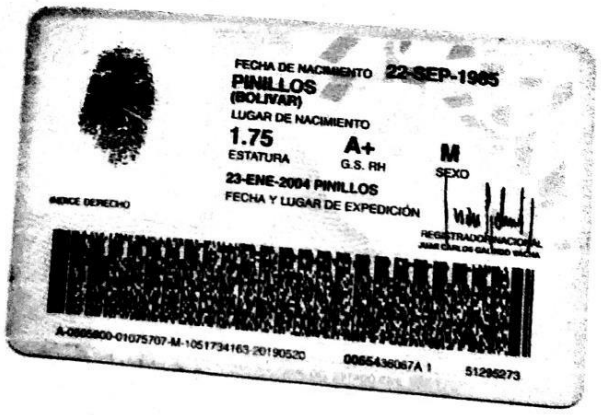
**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 13559277 | 9478382587 | I | 2024/12/13 | 2024/12/03 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $370,500 |

**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 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| EPS MUTUAL SER | EPS048 | 806,008,394 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $370,500 | $0 | $0 | $370,500 |


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.051.734.163
SANCHEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
NILSON
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1995
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
23-ENE-2004 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0905800-01075707-M-1051734163-20190520
0065436067A 1
51295273

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14568466432

(415)7707212489984(8020) 000001456846643 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 1 7 3 4 1 6 3 | 9 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 5 1 7 3 4 1 6 3 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SANCHEZ | RODRIGUEZ | NILSON | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: CORR NUEVA ESPERANZA

42. Correo electrónico: gestorculturalpinillos@gmail.com

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

## 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 |
| 9 6 0 9 | 2 0 2 4 1 1 1 6 | 9 0 0 2 | 2 0 2 4 1 1 1 6 | | | |

## 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 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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: 2024 - 11 - 16 / 01:51 :39

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: SANCHEZ RODRIGUEZ NILSON

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CONTROLADA

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**OBER ALTAMAR GALVIS,** identificado con la cédula de ciudadanía **Nº 1.002.425.549**

**LA SUMA DE:** DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOS PESOS M/CTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GESTORA COMUNITARIO PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $2.234.002**

Ober Altamar Galvis

**OBER ALTAMAR GALVIS**
**CC Nº 1.002.425.549**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **Nº CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | OBER ALTAMAR GALVIS |
| **CEDULA:** | 1,002,425,549 |
| **CARGO:** | GESTOR (A). |
| **OBJETIVO:** | GESTOR COMUNITARIO. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| Nº | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar búsqueda activa a través del perímetro braquial. | Si | Se realizó búsqueda activa en los corregimientos, veredas y cabecera municipal Pinillos y tiquisio.<br><br>La focalización se realizó casa a casa por parte de los gestores comunitarios, profesionales, lugares en los cuales se logró identificar a través del respectivo tamizaje talla, peso y perímetro braquial la posible población beneficiaria, niños con riesgo de desnutrición aguda y madres gestantes bajas de peso para la edad gestacional. |
| 2 | Identificación de los signos clínicos de dnt. | Si | Durante el proceso de focalización se tiene en cuenta los signos de desnutrición tales como: delgadez extrema, cabellos quebradizos y des pigmentados y población con edemas. Estos fueron priorizados por la profesional en nutrición quien realizó valoración y así verificar el criterio de ingreso para la modalidad. |
| 3 | Participación en la elaboración y plan de acompañamiento familiar. | Si | Se participó en la organización del cronograma de actividades durante el mes de octubre con el fin de brindar a los beneficiarios una buena atención. Se participó en el proceso de focalización, recolección de la papelería, entrega de raciones y organización de carpetas. |
| 4 | Realizar cronograma de visita domiciliaria en compañía del profesional psicosocial. | Si | Nos reunimos con el equipo interdisciplinario para la organización del cronograma de actividades y visitas de seguimientos para cada gestor con el fin de establecer fechas y compromiso, de acuerdo con la cantidad de beneficiarios con los que cuenta el programa, y a las necesidades de cada familia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5** | Diligenciar el formato operativo f.1 | Si | Se diligenció el formato F1 con los datos brindados por los padres de los beneficiarios los cuales pudimos constatar con los documentos recibidos de su parte y la información que se obtuvo en la focalización. |
| **6** | Diligenciar el formato f.9. | Si | Se realiza apertura del formato para los ingresos y se relaciona el seguimiento correspondiente donde se plasmaron los hallazgos encontrados en el seguimiento a los beneficiarios, charlas educativas y firmas de los beneficiarios en el formato, como soporte de las mismas. |
| **7** | Participación y apoyo en el programa de Educación alimentaria y nutricional. | Si | Se participa y se apoya a través de la educación que se le brinda a nuestros beneficiarios teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales. |
| **8** | Cumplir con la asistencia y participación de los eventos de capacitación y desarrollo con los profesionales del equipo de las EAS y el ICBF. | Si | Se cumplió con las asistencias y se participó en las capacitaciones que brindan los profesionales del equipo interdisciplinarios. |

**OBER ALTAMAR GALVIS**
**1,002,425,549**

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 1002425549 | | ALTAMAR GALVIS OBER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA5#83A-05 | PINILLOS-BOLIVAR | 3217426416 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 59470162 | 9478367975 | I | 2024/12/11 | 2024/12/02 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $364,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

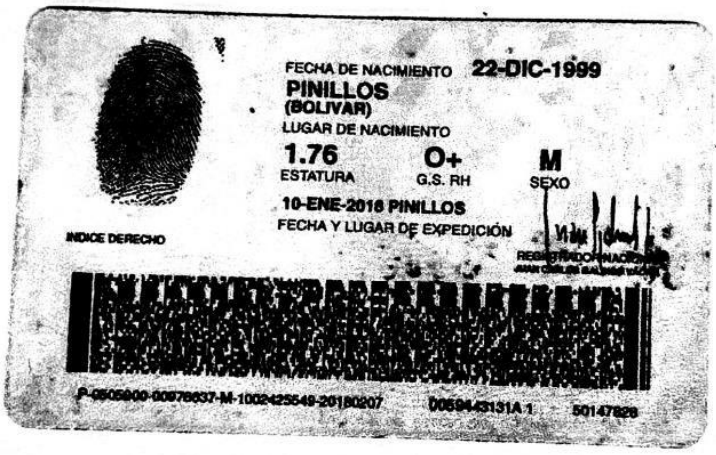
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $201,100 | $0 | $0 | $201,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $201,100 | $0 | $0 | $201,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,600 | $0 | $0 | $6,600 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,600 | $0 | $0 | $6,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $157,100 | $0 | $0 | $157,100 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $157,100 | $0 | $0 | $157,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $364,800 | $0 | $0 | $364,800 |



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.425.549
ALTAMAR GALVIS
APELLIDOS
OBER
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1999
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
10-ENE-2018 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-0505800-00876637-M-1002425549-20180207 00594-3131A 1 50147828

DIAN

**Formulario del Registro Unico Tributario**
**Hoja Principal**

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14633673760

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

## IDENTIFICACION

| 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 0 2 4 2 5 5 4 9 | 2 0 1 8 0 1 1 0 |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALTAMAR | GALVIS | OBER | |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACION

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: CORR PUERTO BELLO CALLE ARRIBA

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| altamargalvis@gmail.com | | 3 1 3 2 2 8 1 0 1 7 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 9 0 6 2 8 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios 1 | 61. Fecha 2 0 1 9 0 6 2 8

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: SALDARRIAGA ROMERO BETTY
985. Cargo: Analista IV

Fecha generación documento PDF: 28-06-2019 08:37:17AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**ROSA ISABEL ORTEGA SERPA,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.051.744.436**

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $4.136.815**

**ROSA ISABEL ORTEGA SERPA**
**CC N° 1.051.744.436**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | ROSA ISABEL ORTEGA SERPA. |
| **CEDULA:** | 1.051.744.436 |
| **CARGO:** | TRABAJADORA SOCIAL. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL SOCIAL. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Capacitación a talento humano. | Si | Capacitación correspondiente del mes de noviembre a cargo del profesional social en aras de fortalecer el conocimiento y capacidades del equipo referente al grupo de apoyo y fortalecimiento a la gestacion de la lactancia materna, y resolucion de conflictos |
| 2 | Liderar, organizar y coordinar encuentros grupales con los usuarios pertenecientes a la modalidad. | Si | Se realizó el encuentro grupal y las temáticas a desarrollar para el fortalecimiento familiar con apoyo del equipo interdisciplinar, correspondiente a la UDS. En ese orden de ideas desde el componente de trabajo social se abordó la temática de "salud y saniamiento desde el entorno familiar, para promover acciones que mejoren las condiciones sanitarias y el buen manejo de las basuras. |
| 3 | Liderar procesos de identificación geográfica del territorio en donde se ejecuta la modalidad. | Si | A partir del diagnóstico territorial, se logra establecer el rango de acción de la modalidad en los municipios de Pinillos y Tiquisio; permitiendo así identificar la cultura, tipologías familiares y otros aspectos incidentes en el desarrollo el ejercicio profesional del equipo y garantizar a los usuarios una atención contextualizada. |
| 4 | Búsqueda activa de usuarios. | Si | Acompañamiento a gestores comunitarios en la búsqueda activa de usuarios que cumplan con los criterios de focalización para ingreso a la modalidad correspondientes al mes de noviembre no aplica para este periodo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Caracterización de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad de nuevo ingreso. | Si | Se realizó caracterización socio familiar a las familias de beneficiarios por nuevo ingreso atendidos en el municipio de pinillos y tiquisio. correspondientes a la zona durante el mes de noviembre no aplica. |
| 6 | Solicitar la documentación básica para el ingreso de las niñas, niños y mujeres gestantes, realizando la respectiva apertura de atención y el seguimiento al mismo en caso de contar los estos realizar las gestiones pertinentes para su obtención. | Si | Con apoyo de los gestores comunitarios se realiza seguimiento mensual de carpetas a usuarios durante el mes de noviembre, se hace el requerimiento de la documentación actualizada correspondiente a la edad, grupo atareo. |
| 7 | Articulación con entidades claves en el municipio para contribuir en la garantía de los derechos de las niñas, niños, mujeres gestantes, formación y apoyo institucional en los procesos a desarrollar. | Si | Se realizó articulación interinstitucional inicial con los diferentes entes territoriales del municipio en aras de fortalecer la atención a los beneficiarios y prestación del servicio desde la modalidad. |

**ROSA ISABEL ORTEGA SERPA.**
**1.051.744.436**

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1051744436 | 0 | ROSA ISABEL ORTEGA SERPA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 8299 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-549 | CR 4 CL 9 102 | | 3022419900 | | | ROSAORTEGA.ROS28@GMAI..COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-11 | 2024-11 | 31759353 | I | 2024-12-03 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 495.000 | 0 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 31759353 | 2024-12-10 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | IRG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPBT | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot. | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot. | NOMBRE | IBC | Cot. | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | | | |
| 1 | CC 1051744436 | ORTEGA SERPA ROSA ISABEL | 1.600.000 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.600.000 | 256.000 | 0 | 0 | EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07 | 1.600.000 | 200.000 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.600.000 | 39.000 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 495.000 | N | 3722001 |


## RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1051744436 | 0 | ROSA ISABEL ORTEGA SERPA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 8299 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-549 | CR 4 CL 9 102 | | 3022419900 | | | ROSAORTEGA.ROS28@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-11 | 2024-11 | 31759353 | I | 2024-12-03 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 495.000 | 0 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 31759353 | 2024-12-10 | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.600.000 | 1.600.000 | 1.600.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 256.000 | 0 | 0 | 0 | 256.000 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 256.000 | 0 | 0 | 0 | 256.000 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 200.000 | 0 | 0 | 0 | 200.000 |
| EPS-S MUTUAL - MOV | ESSC07 | 806008394 | 7 | 1 | 200.000 | 0 | 0 | 0 | 200.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 39.000 | 0 | 0 | 0 | 39.000 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 39.000 | 0 | 0 | 0 | 39.000 |
| Gran Total | | | | | 495.000 | 0 | 0 | 0 | 495.000 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.051.744.436
ORTEGA SERPA

ROSA ISABEL

Rosa Isabel Ortega Serpa





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1995
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-ENE-2013 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0500100-00944187-F-1051744436-20171007 0057921810A 2 6034573564

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 **Inscripción**

4. Número de formulario 14268116821

(415)7707212489984(8020) 000001426811682 1

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

## 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 5 1 7 4 4 4 3 6 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ORTEGA | SERPA | ROSA | ISABEL |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

41. Dirección principal
BRR ZARAGOCILLA CL 30 49 137

42. Correo electrónico rios_95@hotmail.com

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

## 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 |
| 8 6 9 2 / 2 0 2 4 1 1 1 6 | | | | |

## 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

| 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2024 - 11 - 16/ 10:20 :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 1.6.1.2.6 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 ORTEGA SERPA ROSA ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-11-2024 10:20:20AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**ROSA ELENA GARCIA PALENCIA,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.002.424.889**

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE PROFESIONALES COMO PSICOLOGA PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $4.136.815**

ROSA GARCIA PALENCIA

**ROSA ELENA GARCIA PALENCIA**
**CC N° 1.002.424.889**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **Nº CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | ROSA ELENA GARCIA PALENCIA. |
| **CEDULA:** | 1.002.424.889 |
| **CARGO:** | PSICOLOGOGA |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL SOCIAL. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| Nº | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Capacitación a talento humano. | Si | Capacitación correspondiente del mes de noviembre a cargo del profesional social en aras de fortalecer el conocimiento y capacidades del equipo referente al grupo de apoyo y fortalecimiento a la gestacion de la lactancia materna, y resolucion de conflictos |
| 2 | Liderar, organizar y coordinar encuentros grupales con los usuarios pertenecientes a la modalidad. | Si | Se realizó el encuentro grupal y las temáticas a desarrollar para el fortalecimiento familiar con apoyo del equipo interdisciplinar, correspondiente a la UDS. En ese orden de ideas desde el componente de trabajo social se abordó la temática de ¨salud y saniamiento desde el entorno familiar, para promover acciones que mejoren las condiciones sanitarias y el buen manejo de las basuras. |
| 3 | Liderar procesos de identificación geográfica del territorio en donde se ejecuta la modalidad. | Si | A partir del diagnóstico territorial, se logra establecer el rango de acción de la modalidad en los municipios de Pinillos y Tiquisio; permitiendo así identificar la cultura, tipologías familiares y otros aspectos incidentes en el desarrollo el ejercicio profesional del equipo y garantizar a los usuarios una atención contextualizada. |
| 4 | Búsqueda activa de usuarios. | Si | Acompañamiento a gestores comunitarios en la búsqueda activa de usuarios que cumplan con los criterios de focalización para ingreso a la modalidad correspondientes al mes de noviembre no aplica para este periodo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Caracterización de las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad de nuevo ingreso. | Si | Se realizó caracterización socio familiar a las familias de beneficiarios por nuevo ingreso atendidos en el municipio de pinillos y tiquisio. correspondientes a la zona durante el mes de noviembre no aplica. |
| 6 | Solicitar la documentación básica para el ingreso de las niñas, niños y mujeres gestantes, realizando la respectiva apertura de atención y el seguimiento al mismo en caso de contar los estos realizar las gestiones pertinentes para su obtención. | Si | Con apoyo de los gestores comunitarios se realiza seguimiento mensual de carpetas a usuarios durante el mes de noviembre, se hace el requerimiento de la documentación actualizada correspondiente a la edad, grupo atareo. |
| 7 | Articulación con entidades claves en el municipio para contribuir en la garantía de los derechos de las niñas, niños, mujeres gestantes, formación y apoyo institucional en los procesos a desarrollar. | Si | Se realizó articulación interinstitucional inicial con los diferentes entes territoriales del municipio en aras de fortalecer la atención a los beneficiarios y prestación del servicio desde la modalidad. |

*ROSA GARCIA PALENCIA*

**ROSA ELENA GARCIA PALENCIA.**

**1.002.424.889**

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1002424889 | 0 | ROSA ELENA GARCIA PALENCIA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 8691 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-549 | PINILLOS | | 3107509014 | | ROSSELENA21@HOTMAIL.COM | | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-11 | 2024-11 | 31803351 | I | 2324-12-04 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1,212,700 | 0 | NEQUI |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 31803351 | 2024-12-23 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | HED | RET | LNR | TAC | ERP | VAC | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot | ARL | JBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | | | | | |
| 1 | CC 1002424889 | GARCIA PALENCIA ROSA ELENA | 4,854,725 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 29 | 29 | 0 | 29 | PORVENIR-230301 | 3,919,569 | 627,200 | 0 | 0 | EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07 | 3,919,569 | 490,000 | BIN LUIS BINOLF | 0 | 0 | 3,919,569 | 95,500 | 0.522436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 1,212,700 | N | 3867001 |

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

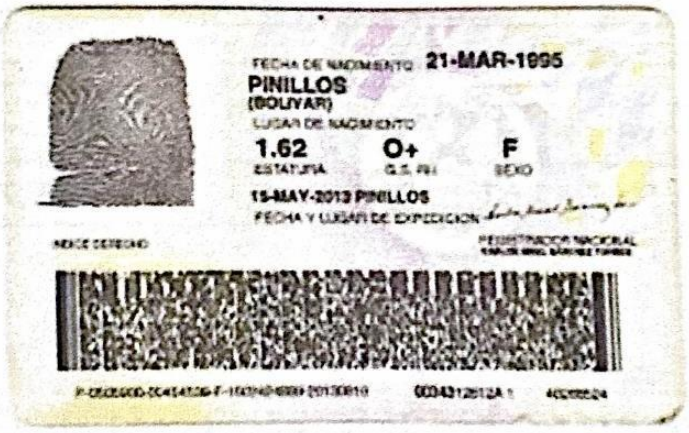
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1002424889 | 0 | ROSA ELENA GARCIA PALENCIA | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 8691 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | EMAIL | | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-549 | PINILLOS | | 3107509014 | | ROSSELENA21@HOTMAIL.COM | | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-11 | 2024-11 | 31803351 | I | 2324-12-04 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1,212,700 | 0 | NEQUI |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 31803351 | 2024-12-23 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 3,919,569 | 3,919,569 | 3,919,569 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 627,200 | 0 | 0 | 0 | 627,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 627,200 | 0 | 0 | 0 | 627,200 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 490,000 | 0 | 0 | 0 | 490,000 |
| EPS-S MUTUAL - MOV | ESSC07 | 806008394 | 7 | 1 | 490,000 | 0 | 0 | 0 | 490,000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 95,500 | 0 | 0 | 0 | 95,500 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 95,500 | 0 | 0 | 0 | 95,500 |
| Gran Total | | | | | 1,212,700 | 0 | 0 | 0 | 1,212,700 |


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.002.424.689
GARCIA PALENCIA
ROSA ELENA


FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1995
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-MAY-2013 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2 Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: **14791253176**

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

## 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 0 2 4 2 4 8 8 9 | 2 0 1 6 0 7 2 9 |

| 28. Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GARCIA | PALENCIA | ROSA | ELENA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: BRR arroyito CRA 3 CALLE 10-24

42. Correo electrónico: rosselena21@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 1 | 2 0 2 1 0 7 0 1 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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 [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 2 | 61. Fecha: 2021 - 10 - 06 / 11 : 50 : 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión o 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 a 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

184. Nombre: GARCIA PALENCIA ROSA ELENA

185. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 06-10-2021 11:50:56AM

DOCUMENTO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**YHOANA MARCELA DIAZ GUTIERREZ,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.102.864.122**

**LA SUMA DE:** DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOS PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GESTORA COMUNITARIO PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $2.234.002**

Yhoana Diaz
**YHOANA MARCELA DIAZ GUTIERREZ**
**CC N° 1.102.864.122**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | YHOANA MARCELA DIAZ GUTIERREZ |
| **CEDULA:** | 1.102.864.122 |
| **CARGO:** | GESTOR (A). |
| **OBJETIVO:** | GESTOR COMUNITARIO. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar búsqueda activa a través del perímetro braquial. | Si | Se realizó búsqueda activa en los corregimientos, veredas y cabecera municipal Pinillos y tiquisio.<br><br>La focalización se realizó casa a casa por parte de los gestores comunitarios, profesionales, lugares en los cuales se logró identificar a través del respectivo tamizaje talla, peso y perímetro braquial la posible población beneficiaria, niños con riesgo de desnutrición aguda y madres gestantes bajas de peso para la edad gestacional. |
| 2 | Identificación de los signos clínicos de dnt. | Si | Durante el proceso de focalización se tiene en cuenta los signos de desnutrición tales como: delgadez extrema, cabellos quebradizos y des pigmentados y población con edemas.<br>Estos fueron priorizados por la profesional en nutrición quien realizó valoración y así verificar el criterio de ingreso para la modalidad. |
| 3 | Participación en la elaboración y plan de acompañamiento familiar. | Si | Se participó en la organización del cronograma de actividades durante el mes de noviembre con el fin de brindar a los beneficiarios una buena atención.<br>Se participó en el proceso de focalización, recolección de la papelería, entrega de raciones y organización de carpetas. |
| 4 | Realizar cronograma de visita domiciliaria en compañía del profesional psicosocial. | Si | Nos reunimos con el equipo interdisciplinario para la organización del cronograma de actividades y visitas de seguimientos para cada gestor con el fin de establecer fechas y compromiso, de acuerdo con la cantidad de beneficiarios con los que cuenta el programa, y a las necesidades de cada familia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5** | Diligenciar el formato operativo f.1 | Si | Se diligenció el formato F1 con los datos brindados por los padres de los beneficiarios los cuales pudimos constatar con los documentos recibidos de su parte y la información que se obtuvo en la focalización. |
| **6** | Diligenciar el formato f.9. | Si | Se realiza apertura del formato para los ingresos y se relaciona el seguimiento correspondiente donde se plasmaron los hallazgos encontrados en el seguimiento a los beneficiarios, charlas educativas y firmas de los beneficiarios en el formato, como soporte de las mismas. |
| **7** | Participación y apoyo en el programa de Educación alimentaria y nutricional. | Si | Se participa y se apoya a través de la educación que se le brinda a nuestros beneficiarios teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales. |
| **8** | Cumplir con la asistencia y participación de los eventos de capacitación y desarrollo con los profesionales del equipo de las EAS y el ICBF. | Si | Se cumplió con las asistencias y se participó en las capacitaciones que brindan los profesionales del equipo interdisciplinarios. |

Yhoana Diaz

**YHOANA MARCELA DIAZ GUTIERREZ**
**1.102.864.122**

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 1102864122 | | DIAZ GUTIERREZ YHOANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PUERTO RICO BR SAN MARTIN | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1105348015 | 9478581699 | I | 2024/12/06 | 2024/12/06 | BANCOLOMBIA | 0 | $371,400 |

**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)** | | | | | $1,256,667 | $201,100 | | | $1,256,667 | $157,100 | | | $0 | $0 | | | $1,256,667 | $13,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,256,667 | $201,100 | | | $1,256,667 | $157,100 | | | $0 | $0 | | | $1,256,667 | $13,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,256,667 | $201,100 | | | $1,256,667 | $157,100 | | | $0 | $0 | | | $1,256,667 | $13,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1102864122 DIAZ YHOANA | 230301 | 29 | $1,256,667 | $201,100 | ESSC07 | 29 | $1,256,667 | $157,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 29 | $1,256,667 | $13,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,256,667 | $201,100 | | | $1,256,667 | $157,100 | | | $0 | $0 | | | $1,256,667 | $13,200 | | $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 1102864122 | | DIAZ GUTIERREZ YHOANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PUERTO RICO BR SAN MARTIN | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1105348015 | 9478581699 | I | 2024/12/06 | 2024/12/06 | BANCOLOMBIA | 0 | $371,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $201,100 | $0 | $0 | $201,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $201,100 | $0 | $0 | $201,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $13,200 | $0 | $0 | $13,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $13,200 | $0 | $0 | $13,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $157,100 | $0 | $0 | $157,100 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $157,100 | $0 | $0 | $157,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $371,400 | $0 | $0 | $371,400 |

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.102.864.122**

**DIAZ GUTIERREZ**
APELLIDOS

**YHOANA MARCELA**
NOMBRES

JOHANA DIAZ GUTIERREZ
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1994**
**SINCELEJO**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.65** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**27-DIC-2012 SINCELEJO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0511300-00872049-F-1102864122-20161214 0052674129A 1. 47194098

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14919627688

(415)7707212489984(8020) 000001491962768 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1102864122 | 9 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 13 | 1102864122 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Sucre 70 | Sincelejo 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | GUTIERREZ | YHOANA | MARCELA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bolívar 13 | Tiquisio 810 |

41. Dirección principal: BRR SAN MARTIN

42. Correo electrónico: brayanjd96@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3105943040 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8699 | 2023/06/01 | | | | | | | |

### 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 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 06 - 09 / 16 : 06: 36

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 DIAZ GUTIERREZ YHOANA MARCELA

985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 17-11-2024 11:38:56AM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**ANA OBDULIA OCHOA OCHOA,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.051.741.489**

**LA SUMA DE:** TRES MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO EN DESARROLLO DE LA OPERACIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE BUSQUEDA ACTIVA EN LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL ICBF.

**Son: $3.393.804**

Ana obdulia ochoa O.

**ANA OBDULIA OCHOA OCHOA**
**CC N° 1.051.741.489**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | ANA OBDULIA OCHOA OCHOA. |
| **CEDULA:** | 1,051,741,489 |
| **CARGO:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN ENFERMERIA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Identificación de los signos de peligro de muerte y dnt. | Si | No se observaron signos clínicos de desnutrición como cabellos des pigmentados, niños con abdomen globoso, delgadez extrema, notándose la mejoría en el estado nutricional y de salud de los beneficiarios. |
| 2 | focalización. | Si | Se realizó acompañamiento durante el proceso de focalización durante la búsqueda activa. |
| 3 | Realizar seguimiento al cumplimiento del esquema de vacunación cyd y control prenatal. | Si | Durante la búsqueda activa se realiza seguimiento gestantes, también a los niños y niñas, y su asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, controles orales. |
| 4 | Promoción de la estrategia AIEPI | Si | Se hizo fortalecimiento sobre los signos clínicos para identificar las enfermedades prevalentes en la primera infancia y cuál es la ruta de atención en caso de presentarse alguno de estos. |
| 5 | Participación en el programa de educación alimentaria y nutricional. | Si | Se reunió todo el equipo de trabajo para realizar capacitación interna con el fin de cualificarnos en los temas a tratar en las visitas domiciliarias a los beneficiarios. |

Ana Obdulia Ochoa O.

**ANA OBDULIA OCHOA OCHOA.**
**1,051,741,489**

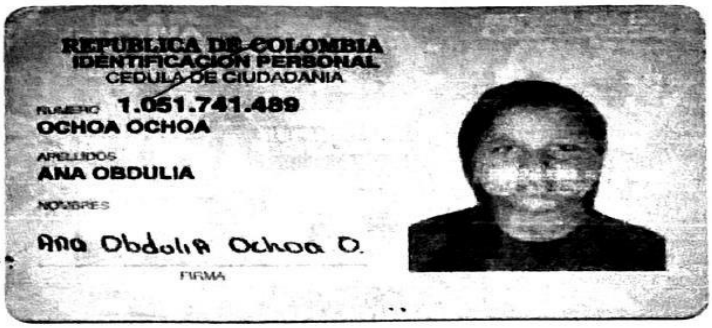
ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ANA OBDULIA OCHOA OCHOA |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1051741489 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-12-04 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-20 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-02 |
| ENTIDAD DE PAGO: | MOVII |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31754650 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31754650 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 1.312.272 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 164.100 | $ 164.100 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.312.272 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 210.000 | $ 210.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.312.272 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32.000 | $ 32.000 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 406.100 | $ 406.100 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/01/2025 |

PAGADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.741.489
OCHOA OCHOA

APELLIDOS
ANA OBDULIA

NOMBRES
Ana Obdulia Ochoa O.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1991
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

26-AGO-2009 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0505900-00207190-F-1051741489-20100104 0019559391A 1 33311732

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: **14181524492**

(415)7707212489984(8020) 000001418152449 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 1 7 4 1 4 8 9 | 3 | Impuestos de Cartagena | 8 |

### IDENTIFICACION

| 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 5 1 7 4 1 4 8 9 | 2 0 0 9 0 8 2 6 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OCHOA | OCHOA | ANA | OBDULIA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: CR 4 CL 7 152

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| | | 3 2 0 5 4 6 6 7 7 4 | |

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 8 2 | 2 0 1 2 1 0 1 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 1 2 1 0 1 1

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: CASTILLO VELEZ PAMELA CRISTINA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN VALOR

Fecha generación documento PDF: 03-09-2019 05:01:56PM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**ANGELA RINCON ARROYO,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.051.742.360** Expedida en Pinillos.

**LA SUMA DE:** TRES MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO EN DESARROLLO DE LA OPERACIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE BUSQUEDA ACTIVA EN LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL ICBF.

**Son: $3.393.804**

Angela Rincon Arroyo
**ANGELA RINCON ARROYO**
**CC N° 1.051.742.360**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | ANGELA RINCON ARROYO. |
| **CEDULA:** | 1,051,742,360 |
| **CARGO:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN ENFERMERIA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Identificación de los signos de peligro de muerte y dnt. | Si | No se observaron signos clínicos de desnutrición como cabellos des pigmentados, niños con abdomen globoso, delgadez extrema, notándose la mejoría en el estado nutricional y de salud de los beneficiarios. |
| 2 | focalización. | Si | Se realizó acompañamiento durante el proceso de focalización de los nuevos beneficiarios, que serán vinculados para ser atendidos en la modalidad. |
| 3 | Realizar seguimiento al cumplimiento del esquema de vacunación cyd y control prenatal. | Si | Se realiza seguimiento a gestantes, también a los niños y niñas, y su asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, controles orales, donde se evidencia què la mayoría cuentan con los controles de crecimiento y desarrollo al día, así como también el esquema de vacunación, los que tienen pendiente una vacuna están esperando el equipo extramural para actualizar el esquema con éxito. |
| 4 | Promoción de la estrategia AIEPI | Si | Se hizo fortalecimiento sobre los signos clínicos para identificar las enfermedades prevalentes en la primera infancia y cuál es la ruta de atención en caso de presentarse alguno de estos. |
| 5 | Participación en el programa de educación alimentaria y nutricional. | Si | Se reunió todo el equipo de trabajo para realizar capacitación interna con el fin de cualificarnos en los temas a tratar en las visitas domiciliarias a los beneficiarios. |

Angela Rincon Arroyo

**ANGELA RINCON ARROYO.**
**1,051,742,360**

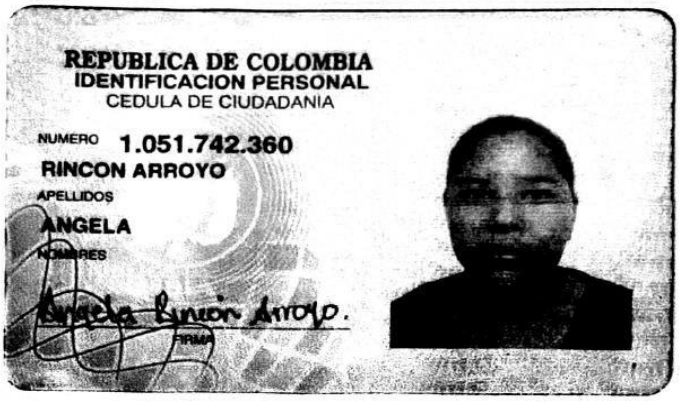
ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ANGELA RINCON ARROYO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1051742360 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-12-03 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-13 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-02 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8633637069 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8633634194 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 1.312.272 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 164.100 | $ 164.100 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.312.272 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 210.000 | $ 210.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.312.272 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32.000 | $ 32.000 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 406.100 | $ 406.100 |

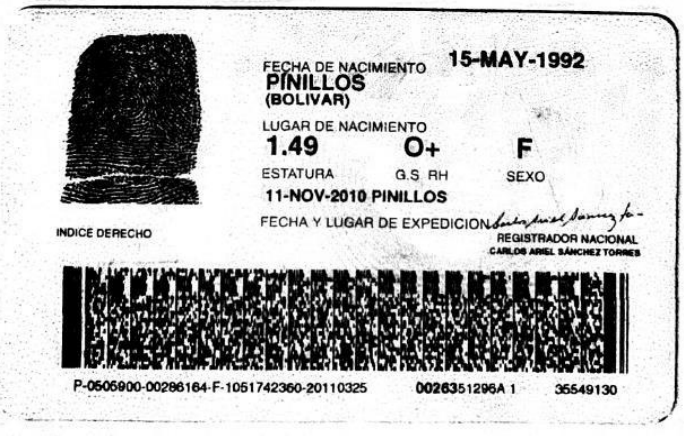
| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 10/01/2025 |

PAGADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.742.360
RINCON ARROYO
APELLIDOS
ANGELA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1992
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-NOV-2010 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0505900-00286164-F-1051742360-20110325 0026351296A 1 35549130

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 4 Suspensión RUT

4. Número de formulario: 141024305521

(415)7707212489984(8020) 000014102430552 1

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

## 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 5 1 7 4 2 3 6 0 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RINCON | ARROYO | ANGELA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: BRR OCHO CASAS 16 17

42. Correo electrónico

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 1 1 0 | 2 0 1 3 1 0 1 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 23 / 08 : 51: 40

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 16-11-2024 01:13:29PM

COPIA RUT SUSPENDIDO
DOCUMENTO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**DANIELA BARRERA CARCAMO,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.052.990.753**

**LA SUMA DE:** SEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADORA PARA EL TALENTO HUMANO TRANSVERSAL PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DE LA E.S.E HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL ICBF.

**Son: $6.329.886**

Daniela Barrera

**DANIELA BARRERA CARCAMO**
**CC N° 1.052.990.753**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | DANIELA BARRERA CARCAMO |
| **CEDULA:** | 1.052.990.753 |
| **CARGO:** | COORDINADORA. |
| **OBJETIVO:** | Coordinador del equipo. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Asistir y participar en el primer comité técnico operativo del contrato de aporte. | Si | Iniciado el contrato se asiste al primer comité técnico operativo convocado por el supervisor del contrato, en el cual se desarrolla la agenda dispuesta y presentación de los documentos e información solicitada. |
| 2 | Capacitación a talento humano. | Si | Se realiza capacitación al talento humano de la modalidad, donde se socializo el manual operativo de la modalidad, funciones a desarrollar por parte del talento humano y fortalecimiento en el diligenciamiento de los formatos misionales, de igual forma se asiste y participa en la capacitación brindadas por las profesionales del área social de la modalidad. |
| 3 | Realizar la socialización, gestión y articulación intersectorial con las autoridades del territorio durante todo el desarrollo de la modalidad. | Si | Durante esta etapa de alistamiento se realizó presentación de la modalidad ante los entes territoriales, con el objetivo de realizar un trabajo mancomunado. |
| 4 | Coordinar las acciones a desarrollar por el equipo interdisciplinario para la atención de los beneficiarios en la unidad de servicio. | Si | Se realizó cronograma de actividades de las acciones a desarrollar durante el mes de noviembre, incluyendo: proceso de búsqueda activa, seguimiento nutricional, entrega de la RFPP, ALC y el alimento de alto valor nutricional para niños y madres gestantes. |
| 5 | Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades por parte del equipo interdisciplinario. | Si | Se realiza acompañamiento en las diferentes actividades desarrolladas por el equipo de trabajo. |
| 6 | Elaborar informes técnicos mensuales que den cuenta del desarrollo de las acciones, avances y lecciones aprendidas en cada uno de los componentes. | Si | Realización del informe de avance correspondiente a la etapa de alistamiento y ejecución correspondiente al mes de octubre, en donde se plasman las actividades realizadas por cada uno de los integrantes del equipo y los avances presentados durante ese periodo en todas las áreas de atención de la modalidad. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | Ser el enlace permanente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. | Si | Permanentemente se realizan consultas sobre situaciones presentadas con los beneficiarios y sus familias, con la Profesional de enlace del CZ Magangué, para determinar conducta a seguir. |
| 8 | Elaborar, socializar y cumplir con la ruta de atención (anexo técnico a5.mo7.pp y formato operativo f13.mo7.pp) de las niñas y niños que lo requieran con la concertación respectiva del sector salud. | Si | De los menores atendidos durante este mes se realiza la activación de ruta y remisión al sector salud de algunos menores que fueron focalizados durante la búsqueda activa. |

**Atentamente;**

DANIELA BARRERA

**DANIELA BARRERA CARCAMO**
**1.052.990.753**

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 1052990753 | | BARRERA CARCAMO DANIELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 10A N 18-53 | MAGANGUE-BOLIVAR | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1104417035 | 9478433449 | I | 2024/12/12 | 2024/12/06 | BANCOLOMBIA | 0 | $735,000 |

**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)** | | | | | $2,531,914 | $405,200 | | | $2,531,914 | $316,500 | | | $0 | $0 | | | $2,531,914 | $13,300 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,531,914 | $405,200 | | | $2,531,914 | $316,500 | | | $0 | $0 | | | $2,531,914 | $13,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: MAGANGUE Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados) | | | | | $2,531,914 | $405,200 | | | $2,531,914 | $316,500 | | | $0 | $0 | | | $2,531,914 | $13,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1052990753 BARRERA DANIELA | 230301 | 30 | $2,531,914 | $405,200 | ESSC07 | 30 | $2,531,914 | $316,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,531,914 | $13,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $2,531,914 | $405,200 | | | $2,531,914 | $316,500 | | | $0 | $0 | | | $2,531,914 | $13,300 | | $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 1052990753 | | BARRERA CARCAMO DANIELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 10A N 18-53 | MAGANGUE-BOLIVAR | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1104417035 | 9478433449 | I | 2024/12/12 | 2024/12/06 | BANCOLOMBIA | 0 | $735,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $405,200 | $0 | $0 | $405,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $405,200 | $0 | $0 | $405,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $13,300 | $0 | $0 | $13,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $13,300 | $0 | $0 | $13,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $316,500 | $0 | $0 | $316,500 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $316,500 | $0 | $0 | $316,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $735,000 | $0 | $0 | $735,000 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.052.990.753**

**BARRERA CARCAMO**

APELLIDOS

**DANIELA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1994**

**MAGANGUE**
**(BOLIVAR)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.57** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**05-OCT-2012 MAGANGUE**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0502800-00418909-F-1052990753-20121227 0031967956A 1 38978019

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14808981266

(415)7707212489984(8020) 000001480898126 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 2 9 9 0 7 5 3 | 4 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 5 2 9 9 0 7 5 3 | 2 0 1 2 1 0 0 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Magangué 4 3 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARRERA | CARCAMO | DANIELA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Magangué 4 3 0 |

41. Dirección principal: BRR OLAYA CR 10 A 18 73

42. Correo electrónico: daniella_0194@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 4 0 5 0 9 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 27 / 08 : 09: 16

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 BARRERA CARCAMO DANIELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 27-01-2022 08:12:59AM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**ESTEBANA GIL RODRIGUEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.051.746.530**

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN DESARROLLO DE LA OPERACIÓN COMO NUTRICIONISTA EN LA PREVENCION DE DESNUTRICION EN LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $4.136.815**

EGIL

**ESTEBANA GIL RODRIGUEZ**
**CC N° 1.051.746.530**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | ESTEBANA GIL RODRIGUEZ. |
| **CEDULA:** | 1,051,746,530 |
| **CARGO:** | NUTRICIONISTA. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN NUTRICION Y DIETETICA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Focalización de usuarios y valoración nutricional. | Si | Toma de medidas antropométricas (Peso, talla y perímetro braquial), valoración y diagnostico nutricional a niños, niñas y gestantes. |
| 2 | Verificación de criterios de ingreso. | Si | Confirmar la clasificación nutricional y determinar el ingreso a la modalidad modelo integrado de atención y prevención. |
| 3 | Identificar signos de alarma de Desnutrición Aguda. | Si | Evaluar la presencia de signos clínicos que pueden presentarse en niñas y niños con desnutrición aguda. En tal caso, determinar la necesidad inmediata de remisión a salud para que se brinde el manejo correspondiente desde este sector. |
| 4 | Determinación de Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario. | Si | Realización del plan de intervención individual junto con equipo interdisciplinario para determinar la atención de los beneficiarios que ingresaron a la modalidad para el mes de noviembre. |
| 5 | Visita a usuarios vinculados a la modalidad en el municipio de Pinillos y Tiquisio. | Si | Visita a beneficiarios vinculados a la modalidad priorizando a nuevos ingresos durante el mes de noviembre , gestantes con bajo peso, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional, niños y niñas con diagnostico riesgo de desnutrición aguda, usuarios con compromiso de mejorar hábitos alimentarios. Se interviene según lo observado en el entorno familiar de cada beneficiario. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **6** | Seguimiento del estado nutricional. | Si | Valoración antropométrica realizada a través de la toma de peso, talla y perímetro braquial y su clasificación a través del indicador peso para la talla (niñas y niños) e Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional (mujeres gestantes), utilizando equipos antropométricos adecuados y elementos de protección y bioseguridad.<br>Se llevó a cabo seguimiento del estado nutricional de 69 mujeres en periodo de gestación y 106 niños y niñas entre 0 a 59 meses de edad, teniendo en cuenta el plan de intervención individualizado. |
| **7** | Remisión a salud de casos de niños vinculados que no mejoran su estado nutricional . | Si | No aplica para este periodo. |
| **8** | Entrega de RFPP, ALC, AAVN. | Si | Entrega de Ración familiar para preparar, Alimento De Alto Valor Nutricional y Alimento Listo Para El Consumo ALC correspondientes al mes de diciembre a beneficiarios de la UDS. |
| **9** | Encuentros grupales. | si | Socialización sobre alimentación saludable, recordatorio de compromisos que deben cumplirse por parte de la familia para lograr la recuperación y mantenimiento del estado nutricional de los niños, niñas y gestantes.<br>Durante el encuentro se comparten saberes y experiencias relacionados con el tema abordado. |
| **10** | Educación sobre consumo de Alimento Listo Para El Consumo (ALC). | NA | Educación a familias de niños y niñas que ingresan con diagnostico Riesgo De Desnutrición Aguda sobre consumo adecuado y aporte nutricional del Alimento Listo Para El Consumo ALC. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **11** | Educación alimentaria y nutricional. | | Educación sobre alimentos saludables, frescos y variados, con el fin de concientizar a las familias sobre la necesidad de mejorar los hábitos alimenticios<br><br>Con las gestantes se da a conocer la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante los primeros 6 meses de edad y hasta los 2 años o más para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. |

**ESTEBANA GIL RODRIGUEZ.**
**1,051,746,530**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1051746530 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ESTEBANA GIL RODRIGUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PINILLOS | DEPARTAMENTO: | BOLIVAR |
| DIRECCIÓN: | CORR LAS CONCHITAS | TELÉFONO: | 3217079 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de la salud humana. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7950914208 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/11/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1085304031 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 16.800 | $ 16.800 | $ 0 | $ 0 | $ 16.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 16.800 | $ 0 | $ 0 | $ 16.800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RETENCIÓN TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1051746530 | GIL RODRIGUEZ ESTEBANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | 22-30 | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 1.800.000 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 256.000 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | 1.800.000 | $ 200.000 | $ 0 | $ 200.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | 1.800.000 | 105174653 | $ 16.800 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 472.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.051.746.530**

**GIL RODRIGUEZ**
APELLIDOS

**ESTEBANA**
NOMBRES

Estebana Gil R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1998**
**ALTOS DEL ROSARIO**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**29-JUL-2016 PINILLOS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0505900-00864614 F-1051746530-20161110 **0052**151920A 1 46609169

# DIAN — Formulario del Registro Único Tributario — 001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141082274628

(415)7707212489984(8020) 000014108227462 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1051746530 | 0 | Impuestos de Cartagena 6 | |

## 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 13 | 1051746530 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bolívar 13 | Pinillos 549 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GIL | RODRIGUEZ | ESTEBANA | |

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bolívar 13 | Pinillos 549 |

41. Dirección principal: BRR arroyito CRA 3 calle 10-24

42. Correo electrónico: estebanagil1922@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3217079371 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2021/01/08 | | | | | | | |

### 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: 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2024 - 07 - 31 / 09 : 26: 55

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: GIL RODRIGUEZ ESTEBANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-07-2024 09:27:03AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**JORGE LUIS DIAZ BALDOVINO,** identificado con la cédula de ciudadanía **N° 1.123.533.162**

**LA SUMA DE:** DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOS PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMA PARA EL COMPONENTE DE DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL ICBF.

**Son: $2.234.002**

**JORGE LUIS DIAZ BALDOVINO**
**CC N° 1.123.533.162**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **Nº CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | JORGE LUIS DIAZ BALDOVINO. |
| **CEDULA:** | 1,123,533,162 |
| **CARGO:** | APOYO ADMINISTRATIVO |
| **OBJETIVO:** | APOYO ADMINISTRATIVO |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| Nº | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Diligenciar los instrumentos temporales de seguimiento de los beneficiarios. | Si | Se diligenciaron los instrumentos de seguimiento, de acuerdo con la información suministrada por el equipo, para realizar el seguimiento de los 175 usuarios atendidos en el mes de noviembre en la modalidad. |
| 2 | Organización de carpetas. | Si | Se realiza la organización de carpetas, de beneficiarios y demás archivos de la unidad de servicio. |
| 3 | Apoyar en los procesos administrativos al equipo de la modalidad. | Si | Se brinda apoyo en los procesos administrativos, facilitando las copias e impresiones de los formatos solicitados por el equipo, para el desarrollo de ciertas actividades. |

**JORGE LUIS DIAZ BALDOVINO.**
**1,123,533,162**

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1123533162 | | JORGE LUIS DIAZ BALDOVINO | INDEPENDIENTE | Principal | Cr 6 Cl 9-85 Br Arroyito | PINILLOS-BOLIVAR | 3007082421 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1098367404 | 9478459736 | I | 2024/12/13 | 2024/12/04 | NEQUI | 0 | $377,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL: Principal (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $6,800 | | $0 | $0 | | $377,300 |
| 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 | | $377,300 |
| Ciudad: PINILLOS Depto: BOLIVAR (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $6,800 | | $0 | $0 | | $377,300 |
| 1 | CC | 1123533162 | DIAZ JORGE | X | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | ESSC07 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,300,000 | 0.522% | $6,800 | 0 | $0 | $0 | No | $377,300 |
| Total | Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $6,800 | | $0 | $0 | | $377,300 |


| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1123533162 | | JORGE LUIS DIAZ BALDOVINO | INDEPENDIENTE | Principal | Cr 6 Cl 9-85 Br Arroyito | PINILLOS-BOLIVAR | 3007082421 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1098367404 | 9478459736 | I | 2024/12/13 | 2024/12/04 | NEQUI | 0 | $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 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 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 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $377,300 | $0 | $0 | $377,300 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.123.533.152**
**DIAZ BALDOVINO**

APELLIDOS
**JORGE LUIS**

NOMBRES
Jorge Diaz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-DIC-1995**
**PINILLOS**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **B+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-ENE-2014 FUENTE DE ORO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-5203000-00549301-M-1123533162-20140222 0037362473A 1 38861810

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141132429391

(415)7707212489984(8020) 000014113242939 1

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 2 3 5 3 3 1 6 2 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Meta 5 0 | Fuente de Oro 2 8 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | BALDOVINO | JORGE LUIS | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: CR 6 # 9 - 85

42. Correo electrónico: jorge.futbol0595@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 04-12-2024 04:17:42PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**KATIUSKA LOZANO CARO,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.234.095.959**

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN DESARROLLO DE LA OPERACIÓN COMO NUTRICIONISTA EN LA PREVENCION DE DESNUTRICION EN LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $4.136.815**

Katiuska Lozano

**KATIUSKA LOZANO CARO**
**CC N° 1.234.095.959**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | KATIUSKA LOZANO CARO |
| **CEDULA:** | 1.234.095.959 |
| **CARGO:** | NUTRICIONISTA. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN NUTRICION Y DIETETICA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| **1** | Focalización de usuarios y valoración nutricional. | Si | Toma de medidas antropométricas (Peso, talla y perímetro braquial), valoración y diagnostico nutricional a niños, niñas y gestantes. |
| **2** | Verificación de criterios de ingreso. | Si | Confirmar la clasificación nutricional y determinar el ingreso a la modalidad modelo integrado de atención y prevención. |
| **3** | Identificar signos de alarma de Desnutrición Aguda. | Si | Evaluar la presencia de signos clínicos que pueden presentarse en niñas y niños con desnutrición aguda. En tal caso, determinar la necesidad inmediata de remisión a salud para que se brinde el manejo correspondiente desde este sector. |
| **4** | Determinación de Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario. | Si | Realización del plan de intervención individual junto con equipo interdisciplinario para determinar la atención de los beneficiarios que ingresaron a la modalidad para el mes de noviembre. |
| **5** | Visita a usuarios vinculados a la modalidad en el municipio de Pinillos y Tiquisio. | Si | Visita a beneficiarios vinculados a la modalidad priorizando a nuevos ingresos durante el mes de octubre, gestantes con bajo peso, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional, niños y niñas con diagnostico riesgo de desnutrición aguda, usuarios con compromiso de mejorar hábitos alimentarios. Se interviene según lo observado en el entorno familiar de cada beneficiario. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **6** | Seguimiento del estado nutricional. | **Si** | Valoración antropométrica realizada a través de la toma de peso, talla y perímetro braquial y su clasificación a través del indicador peso para la talla (niñas y niños) e Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional (mujeres gestantes), utilizando equipos antropométricos adecuados y elementos de protección y bioseguridad.<br>Se llevó a cabo seguimiento del estado nutricional de 69 mujeres en periodo de gestación y 106 niños y niñas entre 0 a 59 meses de edad, teniendo en cuenta el plan de intervención individualizado. |
| **7** | Remisión a salud de casos de niños vinculados que no mejoran su estado nutricional . | **Si** | No aplica para este periodo. |
| **8** | Entrega de RFPP, ALC, AAVN. | **Si** | Entrega de Ración familiar para preparar, Alimento De Alto Valor Nutricional y Alimento Listo Para El Consumo ALC correspondientes al mes de diciembre a beneficiarios de la UDS. |
| **9** | Encuentros grupales. | | Socialización sobre alimentación saludable, recordatorio de compromisos que deben cumplirse por parte de la familia para lograr la recuperación y mantenimiento del estado nutricional de los niños, niñas y gestantes.<br>Durante el encuentro se comparten saberes y experiencias relacionados con el tema abordado. |
| **10** | Educación sobre consumo de Alimento Listo Para El Consumo (ALC). | | Educación a familias de niños y niñas que ingresan con diagnostico Riesgo De Desnutrición Aguda sobre consumo adecuado y aporte nutricional del Alimento Listo Para El Consumo ALC. |
| **11** | Educación alimentaria y nutricional. | | Educación sobre alimentos saludables, frescos y variados, con el fin de concientizar a las familias sobre la necesidad de mejorar los hábitos alimenticios<br><br>Con las gestantes se da a conocer la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante los primeros 6 meses de edad y hasta los 2 años o más para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. |

**KATIUSKA LOZANO CARO**
**1.234.095.959**

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 1234095959 | | LOZANO CARO KATIUSKA KARELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 28 CRA 39 ESQ | EL CARMEN DE BOLIVAR-BOLIVAR | 4851346 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1099570047 | 9478435218 | I | 2024/12/13 | 2024/12/04 | BANCOLOMBIA | 0 | $696,600 |

**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)** | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $12,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $12,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: EL CARMEN DE BOLIVAR Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados) | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $12,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1234095959 | LOZANO KATIUSKA | 230201 | 30 | $2,400,000 | $384,000 | ESSC07 | 30 | $2,400,000 | $300,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,400,000 | $12,600 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $2,400,000 | $384,000 | | | $2,400,000 | $300,000 | | | $0 | $0 | | | $2,400,000 | $12,600 | | $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 1234095959 | | LOZANO CARO KATIUSKA KARELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 28 CRA 39 ESQ | EL CARMEN DE BOLIVAR-BOLIVAR | 4851346 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1099570047 | 9478435218 | I | 2024/12/13 | 2024/12/04 | BANCOLOMBIA | 0 | $696,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $384,000 | $0 | $0 | $384,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $384,000 | $0 | $0 | $384,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $12,600 | $0 | $0 | $12,600 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $12,600 | $0 | $0 | $12,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $300,000 | $0 | $0 | $300,000 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $300,000 | $0 | $0 | $300,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $696,600 | $0 | $0 | $696,600 |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.234.095.959**

**LOZANO CARO**

APELLIDOS

**KATIUSKA KARELL**

NOMBRES

Katiuska Lozano C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1999**

**BARRANQUILLA**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.55** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**28-AGO-2017 BARRANQUILLA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0300150-01154355-F-1234095959-20200827 0071581513A 1 9912900147

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141029713936

(415)7707212489984(8020) 000014102971393 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 3 4 0 9 5 9 5 9 | 5 | Impuestos de Barranquilla 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 2 3 4 0 9 5 9 5 9 | 2 0 1 7 0 8 2 8 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOZANO | CARO | KATIUSKA | KARELL |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 36 30 39 AP 2 BRR BOYACA

42. Correo electrónico: katiuskalozanoc@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 2 0 6 2 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

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-04-2024 05:30:36PM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**NEVIS DEL CARMEN GIL PINEDA,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 32.764.042**

**LA SUMA DE:** CINCO MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL TALENTO HUMANO TRANSVERSAL COMO PEDAGOGA PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $5.323.158**

Nevis Gil Pineda.

**NEVIS DEL CARMEN GIL PINEDA**
**CC N° 32.764.042**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30.11.2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | NEVIS DEL CARMEN GIL PINEDA. |
| **CEDULA:** | 32.764.042 |
| **CARGO:** | PEDAGOGA |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN PEDAGOGIA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | El/la pedagogo/a será responsable de diseñar y desarrollar herramientas pedagógicas y materiales didácticos que faciliten la ejecución del componente educativo para en alimentación, nutrición y salud, asegurando que sean adecuados a las necesidades del talento humano y alineados con los objetivos educativos establecidos. | Si | Brindó las herramientas pedagógicas y materiales didácticos para el componente educativo en alimentación, salud y nutrición, garantizando que los objetivos educativos cumplieran con las expectativas y necesidades del talento humano. |
| 2 | El/la pedagogo/a deberá supervisar de manera continua el uso de las estrategias pedagógicas implementadas por el talento humano en las actividades del componente educativo, garantizando que se utilicen de forma efectiva y conforme a las directrices establecidas. | Si | Supervisó y revisó de manera continua la implementación de las estrategias pedagógicas por parte del talento humano, asegurando su correcta ejecución y formación con las directrices establecidas con el fin de optimizar los resultados del componente educativo. |
| 3 | El/la pedagogo/a prestará apoyo constante a la Coordinadora en los procesos de acompañamiento y evaluación relacionados con la ejecución de las actividades educativas, proporcionando orientación y asesoría al talento humano para asegurar la correcta implementación de las actividades. | Si | Armonizó y apoyó a la coordinadora de la evaluación de las diferentes actividades, en busca de mejorar las prácticas metodológicas y así asegurar su correcta ejecución y alineación con los objetivos establecidos en el programa. |
| 4 | El/la pedagogo/a será responsable de diseñar e impartir capacitaciones y talleres educativos al talento humano, con el fin de proporcionarles herramientas y conocimientos actualizados sobre el componente educomunicativas, promoviendo la mejora continua en el desempeño de las actividades. | Si | Planificó e impartió capacitaciones al talento humano en la temática de desarrollo integral infantil, con el objetivo de brindarles herramientas que le faciliten mejorar continuamente el desempeño de sus actividades diarias. |

Nevis Gil Pineda.

**NEVIS DEL CARMEN GIL PINEDA.**
**32.764.042**

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 32764042 | 0 | NEVIS DEL CARMEN GIL PINEDA | I | 01 | POSITIVA - 14-23 | SUCURSAL | 8810 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-548 | PINILLOS | | 3103563101 | | | MEVISGILPINEDA@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-11 | 2024-11 | 8633730044 | I | 2024-12-03 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 402.200 | 0 | Banco Occidente |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 8633730044 | 2024-12-10 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | IRO | TDE | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | EPST | APPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | | |
| 1 | CC 32764042 | GIL PINEDA NEVIS DEL CARMEN | 1.300.000 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | COLPENSION 25-25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07 | 1.300.000 | 162.500 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.300.000 | 31.700 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 402.200 | N | 1131201 |

## RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 32764042 | 0 | NEVIS DEL CARMEN GIL PINEDA | I | 01 | POSITIVA - 14-23 | SUCURSAL | 8810 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 13-548 | PINILLOS | | 3103563101 | | | MEVISGILPINEDA@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-11 | 2024-11 | 8633730044 | I | 2024-12-03 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 402.200 | 0 | Banco Occidente |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 8633730044 | 2024-12-10 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.300.000 | 1.300.000 | 1.300.000 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 208.000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 1 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 208.000 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 162.500 | 0 | 0 | 0 | 162.500 |
| EPS-S MUTUAL - MOV | ESSC07 | 805008394 | 7 | 1 | 162.500 | 0 | 0 | 0 | 162.500 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 31.700 | 0 | 0 | 0 | 31.700 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 31.700 | 0 | 0 | 0 | 31.700 |
| Gran Total | | | | | 402.200 | 0 | 0 | 0 | 402.200 |

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-32764042 sucursal 01, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Período pensión: | 2024-11 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 126.800 | 0 | 126.800 |
| Período salud: | 2024-11 | ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | 0 | 99.000 | 0 | 99.000 |
| Planilla Nro.: | 31869833 Tipo N | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 0 | 19.300 | 0 | 19.300 |
| Clase de aportante: | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fecha transacción: | 2024-12-09 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Banco: | BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transacción: | 1113088505 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | **GRAN TOTAL** | | | $ 245.100 |

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Período pensión: | 2024-11 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 208.000 | 0 | 208.000 |
| Período salud: | 2024-11 | ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | 0 | 162.500 | 0 | 162.500 |
| Planilla Nro.: | 8633730044 Tipo I | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 0 | 31.700 | 0 | 31.700 |
| Clase de aportante: | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fecha transacción: | 2024-12-03 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Banco: | BANCO DE OCCIDENTE | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transacción: | | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | **GRAN TOTAL** | | | $ 402.200 |

PAGADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.764.042**
**GIL PINEDA**
APELLIDOS
**NEVIS DEL CARMEN**
NOMBRES



8:06 p. m.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1973**
**PINILLOS**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO
**1.62** **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
**15-FEB-1992 BARRANQUILLA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A 0300150 00130462 F 0032764042 20081122

8:06 a.m.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141137137166

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

## 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 | 3 2 7 6 4 0 4 2 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GIL | PINEDA | NEVIS | DEL CARMEN |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal
CR 7 9 51 BRR EL PRADO

42. Correo electrónico nevisgilpineda@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| 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 2024 - 10 - 15 / 15 : 16: 58

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 GIL PINEDA NEVIS DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-10-2024 03:17:31PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**ZADYS QUEVEDO ANGARITA,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 1.051.735.914**

**LA SUMA DE:** DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOS PESOS M/CTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GESTORA COMUNITARIO PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $2.234.002**

**ZADYS QUEVEDO ANGARITA**
**CC N° 1.051.735.914**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | ZADYS QUEVEDO ANGARITA |
| **CEDULA:** | 1,051,735,914 |
| **CARGO:** | GESTOR (A). |
| **OBJETIVO:** | GESTOR COMUNITARIO. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar búsqueda activa a través del perímetro braquial. | Si | Se realizó búsqueda activa en los corregimientos, veredas y cabecera municipal Pinillos y tiquisio.<br><br>La focalización se realizó casa a casa por parte de los gestores comunitarios, profesionales, lugares en los cuales se logró identificar a través del respectivo tamizaje talla, peso y perímetro braquial la posible población beneficiaria, niños con riesgo de desnutrición aguda y madres gestantes bajas de peso para la edad gestacional. |
| 2 | Identificación de los signos clínicos de dnt. | Si | Durante el proceso de focalización se tiene en cuenta los signos de desnutrición tales como: delgadez extrema, cabellos quebradizos y des pigmentados y población con edemas. Estos fueron priorizados por la profesional en nutrición quien realizó valoración y así verificar el criterio de ingreso para la modalidad. |
| 3 | Participación en la elaboración y plan de acompañamiento familiar. | Si | Se participó en la organización del cronograma de actividades durante el mes de noviembre con el fin de brindar a los beneficiarios una buena atención. Se participó en el proceso de focalización, recolección de la papelería, entrega de raciones y organización de carpetas. |
| 4 | Realizar cronograma de visita domiciliaria en compañía del profesional psicosocial. | Si | Nos reunimos con el equipo interdisciplinario para la organización del cronograma de actividades y visitas de seguimientos para cada gestor con el fin de establecer fechas y compromiso, de acuerdo con la cantidad de beneficiarios con los que cuenta el programa, y a las necesidades de cada familia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Diligenciar el formato operativo f.1 | Si | Se diligenció el formato F1 con los datos brindados por los padres de los beneficiarios los cuales pudimos constatar con los documentos recibidos de su parte y la información que se obtuvo en la focalización. |
| 6 | Diligenciar el formato f.9. | Si | Se realiza apertura del formato para los ingresos y se relaciona el seguimiento correspondiente donde se plasmaron los hallazgos encontrados en el seguimiento a los beneficiarios, charlas educativas y firmas de los beneficiarios en el formato, como soporte de las mismas. |
| 7 | Participación y apoyo en el programa de Educación alimentaria y nutricional. | Si | Se participa y se apoya a través de la educación que se le brinda a nuestros beneficiarios teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales. |
| 8 | Cumplir con la asistencia y participación de los eventos de capacitación y desarrollo con los profesionales del equipo de las EAS y el ICBF. | Si | Se cumplió con las asistencias y se participó en las capacitaciones que brindan los profesionales del equipo interdisciplinarios. |

**ZADYS QUEVEDO ANGARITA**
**1,051,735,914**

ASOPAGOS s.a.

# CERTIFICADO DE APORTES

PAGADA

Se certifica que ZADYS QUEVEDO ANGARITA CC 1051735914 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social del empleado ZADYS QUEVEDO ANGARITA, identificado con CC 1051735914 en la planilla número 8633634905 Sucursal No. 0

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Período pensión | 2024-11 | Número planilla | 8633634905 | Entidad bancaria | BANCO DE OCCIDENTE |
| Período Salud | 2024-11 | Referencia de pago | 8633634516 | | |
| Tipo de planilla | I | Fecha de pago | 2024-12-02 | | |

| Tipo Cotizante | Sub. Tipo | Colombiano en el exterior | Extranjero no oblig cot pensión | Actividad Económica | Departamento | Municipio | Administradora | | | Días | IBC | Tarifa | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Tipo | Código | Nombre | | | | |
| 59 | 0 | | | 3861001 | BOLIVAR | PINILLOS | AFP | 230201 | PROTECCION | 29 | $ 1.256.667 | 0,1600000 | $ 201.100 |
| | | | | | | | FSP | FSP001 | Fondo Solidaridad Pensional | 29 | $ 1.256.667 | 0,000 | $ 0 |
| | | | | | | | FSS | FSP001 | Fondo Subsistencia | 29 | $ 1.256.667 | 0,000 | $ 0 |
| | | | | | | | EPS | ESSC07 | EPS-S MUTUAL - MOV | 29 | $ 1.256.667 | 0,1250000 | $ 157.100 |
| | | | | | | | ARL | 14-23 | POSITIVA | 29 | $ 1.256.667 | 0,0243600 | $ 30.700 |
| | | | | | | | CCF | SINCCF | SIN CCF | 0 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |
| | | | | | | | SENA | SENA | SENA | 0 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |
| | | | | | | | ICBF | ICBF | ICBF | 0 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |
| | | | | | | | ESAP | ESAP | ESAP | 0 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |
| | | | | | | | Ministerio | Ministerio | Ministerio | 0 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

Novedades

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Inicio Sln | Fecha Fin Sln | IGE | Fecha Inicio Ige | Fecha Fin Ige | LMA | Fecha Inicio Lma | Fecha Fin Lma | VAC | Fecha Inicio Vac | Fecha Fin Vac | AVP | VCT | Fecha Inicio Vct | Fecha Fin Vct | IRP | Fecha Inicio Irp | Fecha Fin Irp |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | 02/11/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

ASOPAGOS s.a.

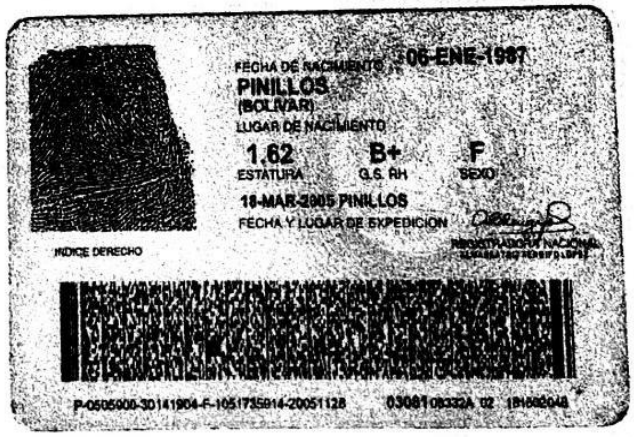
| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | SAITH JOSE ARRIETA DIAZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1051738764 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-12-09 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-16 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-09 |
| ENTIDAD DE PAGO: | NEQUI |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31860927 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31860927 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 | $ 5.400 |
| Subtotal Salud | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 | $ 5.400 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 | $ 6.900 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 | $ 6.900 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 1.000 |
| Subtotal ARL | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 1.000 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 13.300 | $ 13.300 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 17/01/2025 |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.051.735.914
QUEVEDO ANGARITA
APELLIDOS
ZADYS
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1987
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-MAR-2005 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-0505000-30141904-F-1051735914-20051128 0300108332A 02 1810602048

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14830368979

(415)7707213489984(8020) 000001483036887 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 5 1 7 3 5 9 1 4 | 8 | Impuestos de Cartagena | 6 | |

## 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 | 1051735914 | 2 0 0 5 0 3 1 8 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolivar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| QUEVEDO | ANGARITA | ZADYS | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal: CR 4 CL 7 79

42. Correo electrónico: zadys2017@gmail.com

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

## 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 1 0 1 0 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

## Obligados aduaneros

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha:

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

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 28-05-2022 05:28:54PM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**SAITH JOSE ARRIETA DIAZ,** identificado con la cédula de ciudadanía **N° 1.051.738.764**

**LA SUMA DE:** DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOS PESOS M/CTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO GESTOR COMUNITARIO PARA EL COMPONENTE DE ATENCION A LA DESNUTRICION PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $2.234.002**

**SAITH JOSE ARRIETA DIAZ**
**CC N° 1.051.738.764**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | SAITH JOSE ARRIETA DIAZ |
| **CEDULA:** | 1,051,738,764 |
| **CARGO:** | GESTOR (A). |
| **OBJETIVO:** | GESTOR COMUNITARIO. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar búsqueda activa a través del perímetro braquial. | Si | Se realizó búsqueda activa en los corregimientos, veredas y cabecera municipal Pinillos y tiquisio.<br><br>La focalización se realizó casa a casa por parte de los gestores comunitarios, profesionales, lugares en los cuales se logró identificar a través del respectivo tamizaje talla, peso y perímetro braquial la posible población beneficiaria, niños con riesgo de desnutrición aguda y madres gestantes bajas de peso para la edad gestacional. |
| 2 | Identificación de los signos clínicos de dnt. | Si | Durante el proceso de focalización se tiene en cuenta los signos de desnutrición tales como: delgadez extrema, cabellos quebradizos y des pigmentados y población con edemas. Estos fueron priorizados por la profesional en nutrición quien realizó valoración y así verificar el criterio de ingreso para la modalidad. |
| 3 | Participación en la elaboración y plan de acompañamiento familiar. | Si | Se participó en la organización del cronograma de actividades durante el mes de noviembre con el fin de brindar a los beneficiarios una buena atención. Se participó en el proceso de focalización, recolección de la papelería, entrega de raciones y organización de carpetas. |
| 4 | Realizar cronograma de visita domiciliaria en compañía del profesional psicosocial. | Si | Nos reunimos con el equipo interdisciplinario para la organización del cronograma de actividades y visitas de seguimientos para cada gestor con el fin de establecer fechas y compromiso, de acuerdo con la cantidad de beneficiarios con los que cuenta el programa, y a las necesidades de cada familia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Diligenciar el formato operativo f.1 | Si | Se diligenció el formato F1 con los datos brindados por los padres de los beneficiarios los cuales pudimos constatar con los documentos recibidos de su parte y la información que se obtuvo en la focalización. |
| 6 | Diligenciar el formato f.9. | Si | Se realiza apertura del formato para los ingresos y se relaciona el seguimiento correspondiente donde se plasmaron los hallazgos encontrados en el seguimiento a los beneficiarios, charlas educativas y firmas de los beneficiarios en el formato, como soporte de las mismas. |
| 7 | Participación y apoyo en el programa de Educación alimentaria y nutricional. | Si | Se participa y se apoya a través de la educación que se le brinda a nuestros beneficiarios teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por los profesionales. |
| 8 | Cumplir con la asistencia y participación de los eventos de capacitación y desarrollo con los profesionales del equipo de las EAS y el ICBF. | Si | Se cumplió con las asistencias y se participó en las capacitaciones que brindan los profesionales del equipo interdisciplinarios. |

**SAITH JOSE ARRIETA DIAZ**
**1,051,738,764**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | SAITH JOSE ARRIETA DIAZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1051738764 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-12-03 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-16 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-03 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8633664498 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8621147403 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 1.256.667 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 157.100 | $ 157.100 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.256.667 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 201.100 | $ 201.100 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.256.667 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 30.700 | $ 30.700 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 388.900 | $ 388.900 |

PAGADO

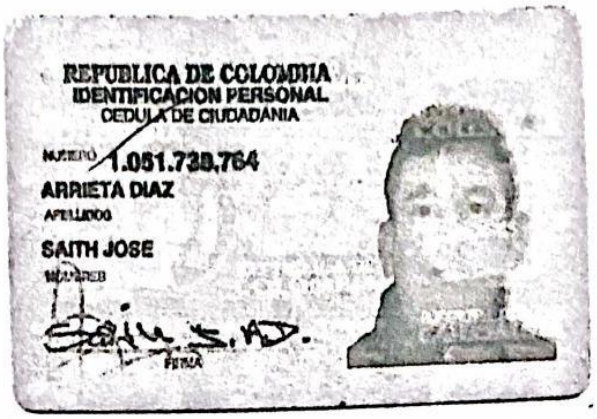
| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 11/01/2025 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | SAITH JOSE ARRIETA DIAZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1051738764 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-12-09 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-16 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-09 |
| ENTIDAD DE PAGO: | NEQUI |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31860927 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31860927 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 | $ 5.400 |
| Subtotal Salud | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 | $ 5.400 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 | $ 6.900 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 | $ 6.900 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 1.000 |
| Subtotal ARL | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 1.000 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 13.300 | $ 13.300 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 17/01/2025 |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.738.764

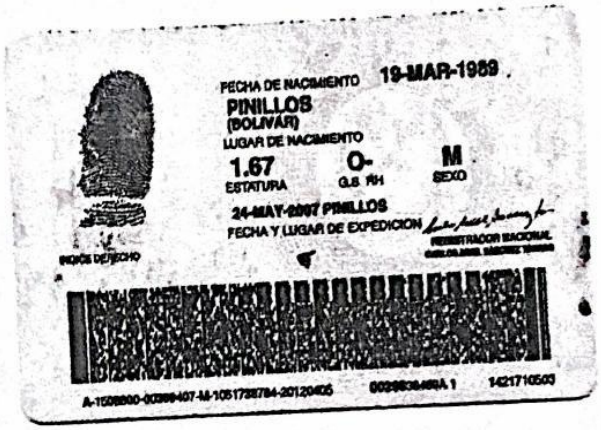
ARRIETA DIAZ

APELLIDOS

SAITH JOSE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1989

PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O- G.S. RH

M SEXO

24-MAY-2007 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500800-00399407-M-1051738764-20120405 0039936469A 1 1421710503

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14856754111

(415)7707212489984(8020) 000001485675411 1

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

## 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 5 1 7 3 8 7 6 4 | 2 0 0 7 0 5 2 4 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARRIETA | DIAZ | SAITH | JOSE |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolivar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL AR RO Barrio arroyito

42. Correo electrónico oskr-2008@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | |
| 8 2 1 9 | 2 0 2 2 0 3 1 9 | 9 2 0 0 | 2 0 2 2 0 3 1 9 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2022 - 08 - 30 / 11 : 33: 15

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 ARRIETA DIAZ SAITH JOSE

985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 07-02-2024 02:06:59PM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

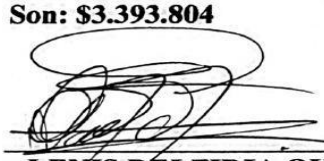
**DEBE A:**

**LENIS DELFIDIA QUEVEDO GIL,** identificada con la cédula de ciudadanía **Nº 23.042.955**

**LA SUMA DE:** TRES MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIO EN DESARROLLO DE LA OPERACIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE BUSQUEDA ACTIVA EN LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL ICBF.

**Son: $3.393.804**



**LENIS DELFIDIA QUEVEDO GIL**
**CC Nº 23.042.955**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO**<br>**INFORME DE ACTIVIDADES** | **Código** | |
| | | **Versión** | **1** |
| | | **Vigencia** | **30/11/2024** |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | LENIS DELFIDIA QUEVEDO GIL. |
| **CEDULA:** | 23,042,955 |
| **CARGO:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN ENFERMERIA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Identificación de los signos de peligro de muerte y dnt. | Si | No se observaron signos clínicos de desnutrición como cabellos des pigmentados, niños con abdomen globoso, delgadez extrema, notándose la mejoría en el estado nutricional y de salud de los beneficiarios. |
| 2 | focalización. | Si | Se realizó acompañamiento durante el proceso de focalización de los nuevos beneficiarios, que serán vinculados para ser atendidos en la modalidad. |
| 3 | Realizar seguimiento al cumplimiento del esquema de vacunación cyd y control prenatal. | Si | Se realiza seguimiento a gestantes, también a los niños y niñas, y su asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, controles orales, donde se evidencia que la mayoría cuentan con los controles de crecimiento y desarrollo al día, así como también el esquema de vacunación, los que tienen pendiente una vacuna están esperando el equipo extramural para actualizar el esquema con éxito. |
| 4 | Promoción de la estrategia AIEPI | Si | Se hizo fortalecimiento sobre los signos clínicos para identificar las enfermedades prevalentes en la primera infancia y cuál es la ruta de atención en caso de presentarse alguno de estos. |
| 5 | Participación en el programa de educación alimentaria y nutricional. | Si | Se reunió todo el equipo de trabajo para realizar capacitación interna con el fin de cualificarnos en los temas a tratar en las visitas domiciliarias a los beneficiarios. |

**LENIS DELFIDIA QUEVEDO GIL.**
**23,042,955**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 23042955 | | QUEVEDO GIL LENIS DELFIDIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 6 # 9-67 | CARTAGENA-BOLIVAR | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | | 9478384353 | I | 2024/12/12 | | | 0 | |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | $164,100 | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | | $32,000 | | $0 | $0 | | $196,100 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | $164,100 | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | | $32,000 | | $0 | $0 | | $196,100 |
| Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | $164,100 | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | | $32,000 | | $0 | $0 | | $196,100 |
| 1 | CC | 23042955 | QUEVEDO LENIS | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | ESSC07 | 29 | $1,312,347 | $164,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 29 | $1,312,347 | 2.4369 | $32,000 | 0 | $0 | $0 | No | $196,100 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | $164,100 | | | $0 | $0 | | | $1,312,347 | | $32,000 | | $0 | $0 | | $196,100 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 23042955 | | QUEVEDO GIL LENIS DELFIDIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 6 # 9-67 | CARTAGENA-BOLIVAR | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | | 9478384353 | I | 2024/12/12 | | | 0 | |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,000 | $0 | $0 | $32,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $32,000 | $0 | $0 | $32,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $164,100 | $0 | $0 | $164,100 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $164,100 | $0 | $0 | $164,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $196,100 | $0 | $0 | $196,100 |

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LENIS DELFIDIA QUEVEDO GIL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **23042955,** se encuentra en proceso Devolución de aportes en virtud de la Ley 549 de 1999.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**



**Colpensiones**
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co



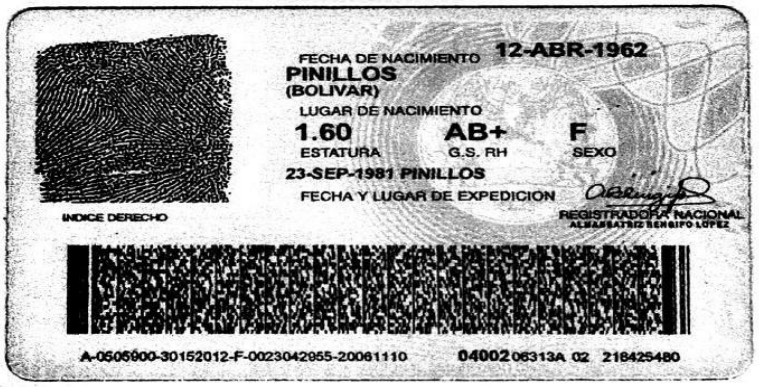
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.042.955

QUEVEDO GIL
APELLIDOS

LENIS DELFIDIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1962
PINILLOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO

23-SEP-1981 PINILLOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO SERGIO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-0505900-30152012-F-0023042955-20061110 04002 06313A 02 218425480

DIAN®

**Formulario del Registro Único Tributario**
**Hoja Principal**

MUISCA

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14345234913

(415)7707212489984(8020) 000001434523491 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 3 0 4 2 9 5 5 | 2 | Impuestos de Cartagena | 6 |

## IDENTIFICACION

| 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 | 2 3 0 4 2 9 5 5 | 1 9 8 1 0 9 2 3 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| QUEVEDO | GIL | LENIS | DELFIDIA |

35. Razón social:

| 36. Nombre comercial: | 37. Sigla: |
|---|---|
| | |

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bolívar 1 3 | Pinillos 5 4 9 |

41. Dirección principal
CL 6 N 9 67 BRR ARROYITO

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| | | 3 1 0 3 6 0 5 0 7 0 | |

## CLASIFICACION

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 6 1 0 | 2 0 0 8 0 9 0 2 | | | | | | 1 |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |

12- Ventas régimen simplificado

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Exportadores | | | |
|---|---|---|---|
| Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 5 0 7 2 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre PABON VERGARA SANDRA MILENA
985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 29-07-2015 02:18:04PM

**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**Hospital San Nicolás de Tolentino**
**Pinillos-Bolívar.**
**Nit 806007343-7**

**DEBE A:**

**LILIBETH DE LA OSSA DURANGO,** identificada con la cédula de ciudadanía **N° 26.203.336**

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE.

**POR CONCEPTO DE:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA JEFA PARA LA UNIDAD DE BUSQUEDA ACTIVA DE LA OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DEL ICBF.

**Son: $4.136.815**

**LILIBETH DE LA OSSA DURANGO**
**CC N° 26.203.336**

| | ESE HOSPITAL SAN NICOLAS DE TOLENTINO<br>INFORME DE ACTIVIDADES | Código | |
|---|---|---|---|
| | | Versión | 1 |
| | | Vigencia | 30/11/2024 |

| | |
|---|---|
| **MES DE OPERACIÓN:** | NOVIEMBRE |
| **N° CONTRATO:** | 13008982024 |
| **CONTRATISTA:** | LILIBETH DE LA OSSA DURANGO. |
| **CEDULA:** | 26,203,336 |
| **CARGO:** | ENFERMERA JEFE. |
| **OBJETIVO:** | PROFESIONAL EN ENFERMERIA. |

**Pinillos, 30 de noviembre de 2024**

| N° | Actividades | Realizadas | Resultados |
|---|---|---|---|
| 1 | Focalización de usuarios y valoración nutricional. | Si | Toma de medidas antropométricas (Peso, talla y perímetro braquial),para valoración y diagnostico nutricional a niños, niñas y gestantes. |
| 2 | Diligenciamiento del formato F3, formato de focalización de búsqueda activa. | Si | Diligencia formato de forma diaria ingresando a los niños, niñas y gestante focalizados durante la búsqueda. |
| 3 | Identificar signos de alarma de Desnutrición Aguda. | Si | Evaluar la presencia de signos clínicos que pueden presentarse en niñas y niños con desnutrición aguda. En tal caso, determinar la necesidad inmediata de remisión a salud para que se brinde el manejo correspondiente desde este sector. |
| 4 | Realiza focalización casa a casa en el municipio de Pinillos y sus corregimientos. | Si | Focaliza beneficiarios vinculados a la modalidad priorizando para diagnosticar su estado nutricional durante el mes de octubre. |
| 5 | Seguimiento del estado nutricional. | Si | Valoración antropométrica realizada a través de la toma de peso, talla y perímetro braquial y su clasificación a través del indicador peso para la talla (niñas y niños) e Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional (mujeres gestantes), utilizando equipos antropométricos adecuados y elementos de protección y bioseguridad. |
| 6 | Remisión a salud de casos de niños vinculados que no mejoran su estado nutricional. | Si | Se realiza remisión a sector salud de casos de niños que se encuentran con diagnóstico de riesgo de desnutrición, desnutrición. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | Entrega ALC | Si | Entrega de Alimento Listo Para El Consumo ALC correspondientes al mes de octubre a beneficiarios que ingresaron a la modalidad de prevención. |
| 8 | Educación sobre consumo de Alimento Listo Para El Consumo (ALC) | Si | Educación a familias de niños y niñas con diagnostico Riesgo De Desnutrición Aguda sobre consumo adecuado y aporte nutricional del Alimento Listo Para El Consumo ALC. |
| 9 | Educación alimentaria y nutricional | Si | Educación sobre alimentos saludables, frescos y variados, con el fin de concientizar a las familias sobre la necesidad de mejorar los hábitos alimenticios. |

**LILIBETH DE LA OSSA DURANGO.**
**26,203,336**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | LILIBETH PATRICIA DE LA OSSA DURANGO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-26203336 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-12-09 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-12-10 |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-11 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-11 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8633852742 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8633852742 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 1.654.726 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 206.900 | $ 206.900 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 1.654.726 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 264.800 | $ 264.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.654.726 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 40.400 | $ 40.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 512.100 | $ 512.100 |

PAGADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **26203336**

**DE LA OSSA DURANGO**
APELLIDOS

**LILIBETH PATRICIA**
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1984**
**CIENAGA DE ORO**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**13-AGO-2002 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1300104-28109021-F-0026203336-20030128 **05017** 03024B 01 132439004

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

**001**

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14300977090

(415)7707212489584(8020) 000014300977090 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2620333 6 — 6

8. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería — 12

14. Buzón electrónico

### IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 13

26. Número de Identificación: 26203336

27. Fecha expedición: 20020813

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Córdoba — 23

30. Ciudad/Municipio: Montería — 001

31. Primer apellido: DE LA OSSA

32. Segundo apellido: DURANGO

33. Primer nombre: LILIBETH

34. Otros nombres: PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Córdoba — 23

40. Ciudad/Municipio: Ciénaga de Oro — 189

41. Dirección principal: CL 8 22 38 BRR LAS AMERICAS

42. Correo electrónico:

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 7561580

45. Teléfono 2: 3106347156

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

Actividad principal — 46. Código: 8692 — 47. Fecha inicio actividad: 20110517

Actividad secundaria — 48. Código: 0010 — 49. Fecha inicio actividad: 20110517

Otras actividades — 50. Código: 1: 2:

**Ocupación**

51. Código:

52. Número establecimientos:

### 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: | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

55. Forma — 56. Tipo

Servicio — 1 — 2 — 3

57. Modo

58. Anexos: SI [ ] NO [X]

**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**

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20140711

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firmas autorizadas:

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 29-03-2019 06:20:18PM