ADRES	**PROCESO**	**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**	**CÓDIGO**	**GCON-FR02**
	FORMATO	**INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.**	**VERSIÓN**	**03**
			FECHA	**10/05/2021**

Contrato No.	ADRES-CPS-626-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Aura Milena Corredor Guevara		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Extensión del Supervisor**	Tel: 4322760 Ext. 1854
Dependencia	Dirección General		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	2/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	2/08/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$28.505.330
Valor adiciones	$0
Valor total incluidas las adiciones	$28.505.330
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$22.614.228
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$5.701.066
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	$0
Valor a liberar	$190.036
Valor liberado	$0
Valor total ejecutado	$28.315.294

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
11-44-101231491	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$7.126.332,50	31/07/2024	05/07/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
-	-	-

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

  a) Del período comprendido entre el 2/08/2024 al 31/08/2024
  b) Del período comprendido entre el 1/09/2024 al 30/09/2024
  c) Del período comprendido entre el 1/10/2024 al 31/10/2024
  d) Del período comprendido entre el 1/11/2024 al 30/11/2024
  e) Del período comprendido entre el 1/12/2024 al 31/12/2024

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
	x	

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES	No aplica

En constancia, firmo:

William Enrique Torres Rodríguez
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 31/12/2024

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: Aura Milena Corredor Guevara

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.013.657.275

CONTRATO No. ADRES-626-2024

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

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2024 **HASTA:** 31/12/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS pesos m/cte. ($5.701.066).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 36F Sur # 3a -06

TELÉFONO: 3004624970



FIRMA
C.C. 1013657275 de Bogotá D.C.

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

Contrato No.	ADRES-CPS-626-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Aura Milena Corredor Guevara		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	2/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/12/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	**Actividad desarrollada**	**Producto y/o Entregables**	**Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación**
1	Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la	Se revisó, se analizó y se verificó soportes de los recobros y reintegros asignados, de acuerdo con los lineamientos dados.	Se adjunta archivos nombrados: En formato PDF: “Reporte diario de Producción 06_12_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO SURA	N/A

	ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer.		HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE“ “Reporte diario de Producción 05_12_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE“ “Reporte diario de Producción 04_12_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE“ “Reporte diario de Producción 03_12_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE“ “Reporte diario de Producción 02_12_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE“ “Reporte diario de Producción 29_11_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM“ “Reporte diario de Producción 28_11_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM“ “Reporte diario de Producción 27_11_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM“ “Reporte diario de Producción 26_11_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO HOJA 9	

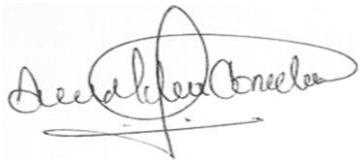
			SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM“ “Reporte diario de Producción 25_11_2024 Aura Corredor-BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM“ En formato EXCEL: “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE_06-12-2024” “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE_05-12-2024“ “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE_04-12-2024“ “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE_03-12-2024“ “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE_02-12-2024“ “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM-29-11-2024“ “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM-28-11-2024“	

			"Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM-27-11-2024" "Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM-26-11-2024" "Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM-25-11-2024"	
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registró los resultados de la validación recobros y reintegros asignados por líder en los formatos establecidos.	Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1.	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplió y se reportó con las metas establecidas de productividad solicitadas por líder.	Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1.	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición,	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades	N/A	N/A

	comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección de otras prestaciones.	relacionas con esta obligación.		
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Se participó activamente en las siguientes capacitaciones y reuniones: **Seguimiento de recobros** martes, 10 de diciembre 2:30 p. m. – 4:30 p. m.	Se adjunta archivo del pantallazo de calendario: **Seguimiento de recobros** martes, 10 de diciembre 2:30 p. m. – 4:30 p. m.	N/A
6	Informar oportunamente al líder del proceso, al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.	N/A	N/A

	actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación.			
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 28.505.330	COP $ 22.614.228	COP $ 5.701.066	0	COP $190.036

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS pesos m/cte. ($5.701.066).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	82545198	285.100	01/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
Pensión	82545198	364.900	01/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
ARL	82545198	12.000	01/12/2024	31/12/2024	11/12/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme

	con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:



William Enrique Torres Rodríguez
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013657275	AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	calle 36F sur # 3a-06	6010000	auriscorredor2095@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82545198	$707.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	285.100	0		0		0	0	0	0	285.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	364.900	0	0	0	0	0	0		364.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	12.000				12.000	0	0	12.000			120	12.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.700	0	0	45.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	285.100	285.100
Pensión	1	364.900	364.900
Riesgos Laborales	1	12.000	12.000
CCF	1	45.700	45.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	707.700	707.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013657275	AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	calle 36F sur # 3a-06	6010000	auriscorredor2095@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82545198	$707.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013657275	CORREDOR GUEVARA AURA MILENA	57	0			N																	25-14	2.280.426	364.900	0	0	0	0	EPS017	2.280.426	285.100	14-11	2.280.426	1	12.000	CCF24	2.280.426	45.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973675975

(415)7707212489984(8020) 000001497367597 5

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORREDOR	GUEVARA	AURA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 36 F SUR # 3 A 6

42. Correo electrónico auriscorredor2095@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 3 0 8 3 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 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 - 01 - 18 / 17 : 18: 54

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 CORREDOR GUEVARA AURA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO