	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,021,665,033				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4295 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	24/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13,204,404	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CINCO (5) MESES Y ONCE (11) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13,204,404		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 334,300
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**	10028	**N° CDP:**	121
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza induccion con la lider operativa de educativo, reconocimiento de la dupla y concertacion de colegios. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se elabora cronograma de las actividades realizadas correspondientes a los dias laborados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega cronograma digital del mes correspondiente, se ajusta cronograma del mes trabajado contra soportes.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan 11 sesiones presenciales de promoción de practicas de salud bucal a escolares en curso, institución educativa producto 55 Sonrisa Saludable. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de salud bucal y actas de soporte de concertacion colegios.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participacion en las actividades realizadas en los colegios priorizados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de salud bucal y actas de soporte de concertacion colegios.
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza apropiacion conceptual de lineamientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de asistencia
6	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lincamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en reunion de socializacion y apropiación conceptual de los lineamientos del entorno educativo de acuerdo con la vigencia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Continua lectura de lineamiento técnico e instructivo para la ejecución de las actividades diarias.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizarcon calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Seguimiento a las acciones y preauditoria de las evidencias desarrolladas durante el mes Enero. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de salud bucal de estudiantes priorizados y entrega de preauditoria.
8	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Induccion formato de canalización a los servicios de salud en casos de ser necesarios para atención por medio de la EPS o equipos intersectorales si asi lo requiere 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Apropiacion de formato
9	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de incumplimiento en la calidad de la información o faltantes a las obligaciones contractules se estableecen glosas, actividades de mejora y otras con el fin de mejorar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica, no registra el proceso presencia de glosas
10	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades de clasificacion, identificacion de riesgo y sencibilizacion, acciones pedagogicas para la salud bucal, actividad educativa y evaluacion de la tecnica de higiene bucal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de salud bucal de estudiantes priorizados y entrega de preauditoria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR		$ -
PENSIÓN:	PORVENIR		$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ -
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ -

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

Leidy Rubio

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ
CC: 1,021,665,033
CEL 3117093154

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ	CC:	1,021,665,033
		RUT (NIT):	1021665033-4
CORREO ELECTRÓNICO:	leidygeraldinrubiovasquez@gmail.com	TELÉFONO:	3117093154
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 SUR 5 14 ESTE	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4672027172

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4295 2025	Nº CDP:	121	Nº. RP:	10028	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO MESES Y ONCE DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13,204,404
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 27/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 334,300					
	TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS PESOS					

Leidy Rubio

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ
CC: 1,021,665,033
CEL: 3117093154

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,021,665,033

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4295 2025	FECHA INICIO CONTRATO	24/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13,204,404		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13,204,404	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 334,300

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1 de 1	Nº CRP INICIAL:	10028	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	121
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADO	OPERADOR:	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):					ADICIÓN (0)		PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:			TIEMPO PRORROGADO:		

III. POLIZAS (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 27/01/2025 al 31/01/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ identificado(a) con CC. 1021665033 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/08/15**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE-ESE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 11 días del mes de 02 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

ARL | sura

Medellín, 11 de febrero de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ identificado(a) con C1021665033 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10216650332504236923

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP 10.205.28.13

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.021.665.033**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 2] Actualización

4. Número de formulario 14982190942

(415)7707212489984(8020) 000001498219094 2

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

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 0 2 1 6 6 5 0 3 3	

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
RUBIO	VASQUEZ	LEIDY	

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 10 SUR # 5 14 ESTE

42. Correo electrónico: leidygeraldinrubiovasquez@gmail.com

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

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 9 / 2 0 2 2 1 2 0 5	8 6 9 2 / 2 0 2 2 1 2 0 5	8 5 5 1 / 0 0 9 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

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

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO