CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/04/2025

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: DIANA MARCELA FONSECA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☑ **No.** 52.988.812

CONTRATO No.: ADRES-CPS-441 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-122-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2025 **HASTA:** 31/03/2025

LA SUMA DE: SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE. ($6.043.130)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 81 # 145d - 15

TELÉFONO: 3016923893

C.C 52.988.812

FIRMA
C.C .52.988.812

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-441-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA MARCELA FONSECA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO	**Teléfono / Extensión**	4322760
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-122-DOP.		
Fecha de Inicio	14/02/2025	**Fecha de Terminación**	13/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/03/2025	**Hasta**	31/03/2025
Adición y/o Prórroga	No Aplica			
Suspensión	No Aplica			
Cesión	No Aplica			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT,	Se realiza auditoria de los recobros correspondientes a: 1. Auditoria Albergues Guainía, suministro y factura, respuesta a glosa. 2. Auditoria Formato 7 paquete NPM31	Se adjunta carpeta denominada: Consolidado Producción_Formato 7_Guainia	NA.

	eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	Se adjunta archivos anteriormente nombrados en la sección de Productos y/o Entregables, de la obligación contractual Número 1.	NA
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 cumplen las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de formato 7, paquete Npm31 y correspondiente a auditoria Albergue Guainia, respuesta a glosa.	Se adjunta Excel archivo nombrado: 1. Consolidado Producción_Formato 7_Guainia	NA
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	NA	NA

	tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asiste a (4) reuniones y capacitaciones programadas	Se adjunta archivo pdf nombrado: reuniones y capacitaciones marzo 2025	NA
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones inconsistentes, en el trámite de los paquetes correspondientes a la auditiria de formato 7 y Albergues Guainia.	NA	NA
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 de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	NA	NA

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

c.c 52.988.812 de.

Firma del Contratista
Fecha: 1/04/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$48.345.040	$3.424.440,33	$6.043.130	$0	$38.877.469,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE ($ 6.043.130)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1071266632	$302.200	1/03/2025	31/03/2025	18/03/2025
Pensión	1071266632	$386.800	1/03/2025	31/03/2025	18/03/2025
ARL	1071266632	$12.700	1/03/2025	31/03/2025	18/03/2025

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: NA

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	NA
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:

Firmado por Heidy Patricia Parra Chavarro el 01/04/2025 a las 08:24:04 COT

HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/04/2025

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-25, 06:43:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071266632

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 18/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA FONSECA		
Documento	CC52988812	**Dirección**	CR 81 #145 D - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3016923893
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52988812	DIANA MARCELA FONSECA	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 2.417.300	$ 386.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.417.300	$ 302.200	0,522	$ 2.417.300	$ 12.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.417.300	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 716.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.417.300	$ 2.417.300	$ 2.417.300	$ 2.417.300	$ 386.800	$ 302.200	$ 12.700	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 716.300	$ 0	$ 716.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-18, 08:15:13 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	DIANA MARCELA FONSECA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52988812
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071266632
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1346897757
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	$ 716.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 386.800	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 302.200	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 12.700	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 14.600	$ 0
		SubTotales:		$ 716.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 716.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

ADRES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Bogotá D.C., 01 de abril de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
DIANA MARCELA FONSECA	52.988.812

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 7490, Tarifa ICA 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-441-2025
Fecha de Inicio: 14-02-2025 Fecha de Terminación: 13-10-2025
Valor total del Contrato: $48.345.040 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: 6.043.130

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☐ NO ☒

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

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

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
TI	1031835519	GABRIELA GUERRERO FONSECA	A

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año gravable 2024; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

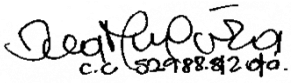
---

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



Firma:
DIANA MARCELA FONSECA
Cédula de ciudadanía No. 52.988.812 de Bogotá
Bogotá D.C., 01 de abril de 2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1031835519

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53387537

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 59 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1067

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUERRERO	FONSECA

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ENE Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ------- CUNDINAMARCA ------- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12465743-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FONSECA DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52988812 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUERRERO RODRIGUEZ OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79787441 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUERRERO RODRIGUEZ OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79787441 DE BOGOTA D.C.	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes ENE Día 23	LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 176 F 195

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.031.835.519**

GUERRERO FONSECA

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES



Gabriela Guerrero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-ENE-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

F
SEXO

15-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01218839-F-1031835519-20210226 **00735**77294A 1 8501525719

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160954177

(415)7707212489984(8020) 000014116095417 7

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

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
FONSECA		DIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 81 145 D 15

42. Correo electrónico dianamarcelaf06@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 6 9 2 3 8 9 3	6 0 1 3 8 6 5 2 3 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 5 0 1 0 1	8 2 9 9	2 0 1 7 0 1 0 2				3 4 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	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

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 FONSECA DIANA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO