

	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		
LUNA MARCELA LOPEZ CORTES		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1,014,663,084
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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 5294 2025	FECHA INICIO CONTRATO 02/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3,873,028	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO DOS (2) MESES Y UN (1) DIA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3,873,028	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1,521,744
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP: 16193 Nº CDP: 964
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS MESES Y UN DIA	
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		
Nº DE MODIFICACIONES 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:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº 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: 1.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: Realizar acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades correspondientes a los entornos de vida. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizan actividades en aplicativos dispuestos por la SDS	
2	1. OBLIGACIÓN: 2.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar y diligenciar el cronograma de actividades mensualmente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Con ayuda del drive donde se compartió cronograma se diligencia diariamente las actividades ejecutadas durante la jornada	

3	<p>1. OBLIGACIÓN: 3. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar la información y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se recibe los formatos entregados por el tecnico y se realiza la digitación de los mismos, se escanea y se devuelven formatos al tecnico</p>
4	<p>1. OBLIGACIÓN: 4. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar acciones y actividades correspondientes a la digitación de formatos de los entornos de vida.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza la digitación en cada uno de los entornos dispuestos sds cada una de las fichas tiene su correspondiente base para digitarlo</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: 5. Registrar y digitar la información de los formatos, fichas de captura, documentos y/o soportes generados de las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad del registro calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad en las aplicaciones y portales dispuestos por la SDS, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la respectiva revisión de fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones de los entornos de vida y gesi, y digitar información de formatos de los diferentes entornos de vida.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Apropiación de acta conceptual vigente para 2025</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: 6. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Gestión documental.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Productos en físico o magnéticos según aplique</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: 7. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Llevar a cabo el desarrollo de las actividades según los procesos transversales, en cuanto se requiera, acorde a el lineamiento.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Recepcion de formularios de los tecnicos, los cuales deben ser mantenidos en su estado original, para preservar la integridad del trabajo</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: 8. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar entrega de productos acorde al lineamiento en tiempos establecidos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Calidad en la digitación de los formatos entregados por los procesos transversales</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: 9. 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades correspondientes a los entornos de vida y/o procesos transversales según aplique el cargo.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza las acciones en los entornos de vida y/o transversales según corresponde en el cargo</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ -

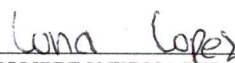
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

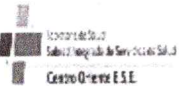
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor 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.

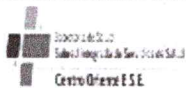
VII. ANEXOS

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

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


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUNA MARCELA LOPEZ CORTES
CC: 1.014.663.084
CEL 3134210157

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN 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: 31/05/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUNA MARCELA LOPEZ CORTES	CC: 1,014,663,084
		RUT (NIT): 1014663084-5
CORREO ELECTRÓNICO:	lunalopezsubred@gmail.com	TELÉFONO: 3134210157
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 26 A 3 66	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:	BANCO CAJA SOCIAL	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA: AHORROS
		N° CUENTA: 24144968932
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
N° DEL CONTRATO:	PS 5294 2025	N° CDP: 964
		N°. RP: 16 188
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS MESES Y UN DÍA
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025
		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 3,873,028
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 06/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1,521,744	
	UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTIUN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS	
<div>Luna Lopez</div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUNA MARCELA LOPEZ CORTES		
CC:	1,014,663,084	
CEL:	3134210157	



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

CÓDIGO: 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

LUNA MARCELA LOPEZ CORTES

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1,014,663,084

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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 5294 2025

FECHA INICIO CONTRATO

02/05/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 3,873,028

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 3,873,028

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 1,521,744

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1 de 1

Nº CRP
INICIAL:

16188

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

964

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

DOS MESES Y UN DIA

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

CERTIFICADO

OPERADOR:

SOI

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO

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

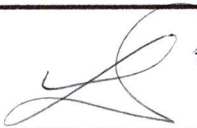
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

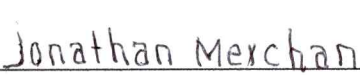
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 06/05/2025 al 31/05/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JONATHAN FERNANDO MERCHAN CARRILLO
PERFIL:
LIDER GESI

BOGOTA, Mayo 6 de 2025

Señora:

LOPEZ CORTES LUNA MARCELA

CC. 1014663084CR 27 B NO 5 A 15 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 20 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
LOPEZ CORTES LUNA MARCELA	1014663084	C	Oct-20-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LUNA MARCELA LOPEZ CORTES	1014663084	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2024.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1014663084	LUNA MARCELA LOPEZ CORTES	RIESGO 3	3	2.436%	01/05/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 30 de Abril del año 2025.

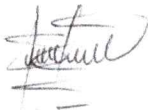
Firma Representante Legal

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUNA MARCELA LOPEZ CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1014663084**, se encuentra afiliado/a desde **09/04/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de mayo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

141172775378



(415)7707212489984(8020) 0000141172775378

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 4 6 6 3 0 8 4 5

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 4 6 6 3 0 8 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

LOPEZ

32. Segundo apellido

CORTES

33. Primer nombre

LUNA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 27 B 5 A 15

42. Correo electrónico

llunalopez55@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 4 2 1 0 1 5 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 4 0 9

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

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	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

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 MENDEZ GIRALDO LUIS ALBERTO

985. Cargo Analista V