Espacio para
Logo Corporativo

FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
NIT 52.818.746-7
Cra 70 b n 24 d 22 t 3 1101
Tel: (601)
Bogotá - Colombia
drafedra@gmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
No. FS 51

Señores	GOBERNACION DE CUNDINAMARCA		
NIT	899.999.114-0	**Teléfono**	(601) 7490000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 26 No 51 - 53	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/05/2025, 15:11
Expedición	20/05/2025, 15:11
Vencimiento	20/05/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CTO 2408 DE 2025	1.00	8,248,043.00

Total items: 1

Total Bruto	8,248,043.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	8,248,043.00

Valor en Letras:
Ocho millones doscientos cuarenta y ocho mil cuarenta y tres pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 8,248,043.00

Observaciones:
Honorarios como médico pediatra - mes de marzo de 2025
Favor consignar en la cuenta de ahorros 009200384288 Davivienda a nombre de Fedra Paola Sánchez

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 18764093329357 aprobado en 20250520 prefijo FS desde el número 51 al 4000 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica medica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: d8d28950170916119ff3a3d5d88052902a87e287d78ab197dab9fb07ec478c38ebff909988fda608c86d174e8b147f9

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

15/05/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52818746**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**009200384288**
Fecha de apertura	**23/01/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Gobernación de Cundinamarca

GESTIÓN FINANCIERA	Código: 4-GF-FR-026
	Versión: 6
Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: Diciembre/2014

FECHA: DÍA 04 MES 12 AÑO 2025

Marcar SOLO una opción 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

Natural

Cédula de Ciudadanía 52.422.636 de 2000

DATOS PERSONALES

FLORA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ

NIT No. 52951636 DV [ ]

FLORA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ

CC Cédula de Ciudadanía No. 52951636 DV [X]

CRA 70 B N 34 D 22 T 3 AP 101

Bogotá D.C. Bogotá D.C.

CELULAR 3008629178

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

Banco Davivienda S.A. Cta 1081

CORRIENTE Bogotá

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Persona

No aplica No.

Persona (DV) 7

No responsable de IVA

GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN

AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN

RÉGIMEN COMÚN [ ] RÉGIMEN SIMPLIFICADO [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL?

PRINCIPAL 6512 Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal

SECUNDARIA

PRINCIPAL 0 (U) 10 UT 7.65 a 1000

SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Entidad Usuaria: que el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza a Gobernación de Cundinamarca para que adelante el tratamiento (recolección almacenamiento uso circulación y supresión) de datos tal como se describe en la finalidad de su entrega en los siguientes eventos en la Entidad y trabajo administrativo no digital o por vías legal tomando en cuenta la conducta Civil y en general para fines relacionados exclusivamente con el cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo le asiste el derecho de conocer actualizar rectificar y suprimir sus datos a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca Ubicada en la sede principal ubicada en la Calle 26 N° 51 - 53 atención con el NIT 899 999 114-0 por correo electrónico notificacionesjudiciales@cundinamarca.gov.co

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autorretenedor de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)
5. Fotocopia certificación bancaria (no de antigüedad superior a treinta (30) días) o copia con la carátula de extractos bancarios

Los Proveedores deben anexar obligatorio los registros

[X]
[ ]
[ ]
[X]

FIRMA

FLORA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ

Persona Natural o Representante Legal

C.C. N°

Documento de Identificación

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR DCUN

ANEXO ADQUISICIÓN SERVICIOS

DEPENDENCIA [illegible] CUENTA CONTABLE 14010501

RUBRO A Persona Natural - Actividades Jurídicas

CONCEPTO DE RETENCIÓN 1. Transferencias (otros)

PROCEDIMIENTO DE RETENCIÓN

TARIFA 1 Tarifa 11% Art. 392 Estatuto Tributario Ley 2010 de 27-12

TARIFA 2

TARIFA 3

TARIFA 4 SOE Por ICA Bruc Prof Liberal y otros 7.66 a 1000

TARIFA 5

TARIFA 6

BASE PARA APLICAR RETENCIÓN 1% Persona aplicable a personas 10%

RUT Persona aplicable a personas 6%

TARIFA 7

Nota: RCD1 Prof Liberal 11% RCD2 Profesionales 3% RCD3 Profesionales 6% RCD4 Profesionales con título de 2 a 5 años Profesionales en Cundinamarca 1.5% Anexo: Relación de Retefuente Mayor 3%

DRD1 Por Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 16 MES 12 AÑO 2025

PROCESADO POR: EQUIPO SUPRADO PUNTOS

REVISADO POR:

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-PSP-402-2025	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 2	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.03.2025 hasta el 31.03.2025	
Fecha en la que se rinde en informe :	21.05.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
NIT / C.C.:	52818746
Supervisor:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
Cargo:	SUBDIRECTOR TÉCNICO
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LA SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PROPENDAN POR EL F ORTALECIMIENTO, MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CASOS ESPECIALES Y MORTALIDADES CONSECUENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	26.02.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	28.02.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100063714
Registro Presupuestal	4600029884
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$65,984,344
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$65,984,344
Plazo de Ejecución Inicial	8 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	8 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	27.10.2025
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	No aplica
Garantía de Cumplimiento	No aplica
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	No aplica

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

26 MAY 2025

Porcentaje de avance: 14%

1.Participar en las unidades de análisis de mortalidad y gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes, conforme a la línea técnica establecida por los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

•Actividad Asistir a las unidades de análisis de mortalidad convocadas para los eventos de interés en salud pública que se requieran para gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los

informes correspondientes.
•Producto 1 → 1 UA Subachoque mortalidad por IRA. 1 Chía Mortalidad perinatal, 1 Mortalidad por IRA Madrid

2.Asistir a un mínimo de dos desplazamientos a los municipios, con el fin de llevar a cabo asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos y la atención de eventos de interés en salud pública, así como otras actividades requeridas en el proceso de vigilancia dirigida a la red informadora de la vigilancia departamental, de acuerdo con la línea técnica establecida.
•Actividad Asistencia técnica a los municipios
•Producto 2 Se realizo asistencia técnica en Madrid, Sopo y Facatativá a cerca de Tos ferina.

3.Asistir y aportar a los espacios de análisis, tales como los comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de riesgo, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) liderados por el Departamento, mesas de trabajo y observatorios asignados, con el fin de contribuir en los procesos de evaluación, análisis y toma de decisiones relacionados con la vigilancia epidemiológica.
•Actividad Asistir y aportar a COVE, SAR y/o COVECOM.
•Producto 3 Asistencia y participación en el Pre- COVE y COVE de marzo de 2025, Sala SAR Departamental por aumento de casos de Tos Ferina, SAR Tos ferina Instituto Nacional de Salud.

4.Asesorar en la revisión y definición de los casos especiales de difícil manejo, así como en la elaboración de los planes de mejoramiento emitidos después de las unidades de análisis, garantizando que se tomen las acciones correctivas necesarias para mejorar la gestión y resolución de los casos.
•Actividad Realizar análisis de casos especiales.
•Producto 4 No requerido el producto para este mes.

5.Participar en el Comité de Expertos de Análisis de Casos, enfocado en eventos de interés en salud pública, brindando análisis, recomendaciones y apoyo técnico para la identificación, evaluación y manejo adecuado de los casos.
•Actividad Asistir al comité de expertos de unidades de análisis
•Producto 5 No requerido el producto para este mes.

6.Elaborar los procesos de análisis e investigación relacionados con los eventos de interés en salud pública ocurridos en el Departamento de Cundinamarca.
•Actividad Informe o acta de análisis de los eventos de interés en salud pública
•Producto 6 No requerido el producto para este mes.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300139483	06.05.2025	$824,804

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

El contrato se ejecuta con normalidad

FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR TÉCNICO

6 MAY 2025

INFORME CONTRATISTA

DEL 1 AL 31 MARZO 2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA: FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ No. De CONTRATO: **SS-CD-PSP-402-2025**

Plazo de ejecución: ocho (8) meses

Fecha de inicio: 28 de febrero de 2025

Fecha de terminación: 27 de octubre de 2025

OBJETO DEL CONTRATO: "Prestar servicios especializados a la subdirección de vigilancia de salud pública en la ejecución de acciones que propendan por el fortalecimiento, mediante el análisis de casos especiales y mortalidades consecuencia de eventos de interés en salud publica en el departamento de Cundinamarca.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO:

1. Participar en las unidades de análisis de mortalidad y gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes, conforme a la línea técnica establecida por los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

- Actividad → Asistir a las unidades de análisis de mortalidad convocadas para los eventos de interés en salud pública que se requieran para gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes.
- Producto 1 → 1 UA Subachoque mortalidad por IRA. 1 Chía Mortalidad perinatal, 1 Mortalidad por IRA Madrid

2. Asistir a un mínimo de dos desplazamientos a los municipios, con el fin de llevar a cabo asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos y la atención de eventos de interés en salud pública, así como otras actividades requeridas en el proceso de vigilancia dirigida a la red informadora de la vigilancia departamental, de acuerdo con la línea técnica establecida.

- Actividad → Asistencia técnica a los municipios
- Producto 2 → Se realizo asistencia técnica en Madrid, Sopo y Facatativá a cerca de Tos ferina.

3. Asistir y aportar a los espacios de análisis, tales como los comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de riesgo, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) liderados por el Departamento, mesas de trabajo y observatorios asignados, con el fin de contribuir en los procesos de evaluación, análisis y toma de decisiones relacionados con la vigilancia epidemiológica.

- Actividad → Asistir y aportar a COVE, SAR y/o COVECOM.
- Producto 3 → Asistencia y participación en el Pre- COVE y COVE de marzo de 2025, Sala SAR Departamental por aumento de casos de Tos Ferina, SAR Tos ferina Instituto Nacional de Salud.

4. Asesorar en la revisión y definición de los casos especiales de difícil manejo, así como en la elaboración de los planes de mejoramiento emitidos después de las unidades de análisis, garantizando que se tomen las acciones correctivas necesarias para mejorar la gestión y resolución de los casos.

- Actividad → Realizar análisis de casos especiales.
- Producto 4→ No requerido el producto para este mes.

5. Participar en el Comité de Expertos de Análisis de Casos, enfocado en eventos de interés en salud pública, brindando análisis, recomendaciones y apoyo técnico para la identificación, evaluación y manejo adecuado de los casos.

- Actividad → Asistir al comité de expertos de unidades de análisis
- Producto 5 → No requerido el producto para este mes.

6. Elaborar los procesos de análisis e investigación relacionados con los eventos de interés en salud pública ocurridos en el Departamento de Cundinamarca.

    - Actividad → Informe o acta de análisis de los eventos de interés en salud pública
    - Producto 6 → No requerido el producto para este mes.

Atentamente



FEDRA PAOLA SANCHEZ R.

MEDICO PEDIATRA

SDS CUNDINAMARCA

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	52818746	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ	CRA 70 B N 24 D 22 T 3 APTO 1101	6017391010	crafedra@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-02	2025-02	I	20/03/2025	85039174	TOTAL A PAGAR	
					$1.950.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Cotiza solo Salud	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIRECCIÓN	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	52818746	SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA	59	0			N		R						X								25-14	6.106.029	977.000	0	0	30.600	30.600	EPS010	6.106.029	783.900	14-11	6.106.029	3	148.800		0	0	0	0	0	0	0

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	52818748	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ	CRA 70 B N 24 D 22 T 3 APTO 1101	6017391010	drafedra@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	20/03/2025	85009174	$1 960 300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	753.300	0		0		0	8	3.900	0	757.200	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	977.900	0	0	30.500	30.500	8	4.900	400	1.043.500	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	860003790-5	148.800				148.800	8	800	149.600			1.488	149.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	753.300	757.200
Pensión	1	1.038.200	1.043.500
Riesgos Laborales	1	148.800	149.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.950.300	1.950.300

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158546865

(415)7707212469984(8020) 000014115854686 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadania 1 3	5 2 8 1 8 7 4 6	

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
SANCHEZ	RODRIGUEZ	FEDRA	PAOLA

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 70 B 24 D 22 TO 3 AP 1101

42. Correo electrónico: drafedra@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 0 0 2 9 0 3 1 7 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
8 6 2 1	2 0 0 5 1 2 0 1	6 9 1 0	2 0 1 8 0 4 0 9			2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 1 6 2 2 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios 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 [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 SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 15-05-2025 09:45:43PM

Señale con una X y complete

- ○ Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2024** fueron superiores a 4.500 UVT es decir **$ 211.792.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI _X___ NO ___
- ○ Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2024** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$65.891.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI __X__ NO _____
- ○ Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) $_6'000.000 (AÑO 2024)____
- ○ Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _9'500.000

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ○ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025**. $ __4'200.000_____
- ○ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2025**). ____
- ○ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025**. $_____
- ○ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre 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 que sean certificados por Medicina Legal **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025**. $_____
- ○ Los padres y los hermanos de cont5ibuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025** $_____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
_____NIKOL PAULINA ALMEIDA SANCHEZ _____	_____HIJA_____
_____	_____

- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ __767200_____
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ __1043500_____
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _3000000_

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T _____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI _X__ NO ____

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS Fedna Paola Sanchez

CEDULA 52218746 Bta

Bogotá, D.C., 15 de mayo de 2025

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada.

Yo, FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ con cédula de ciudadanía No. 52818746 de BOGOTA, declaro bajo gravedad de juramento que:

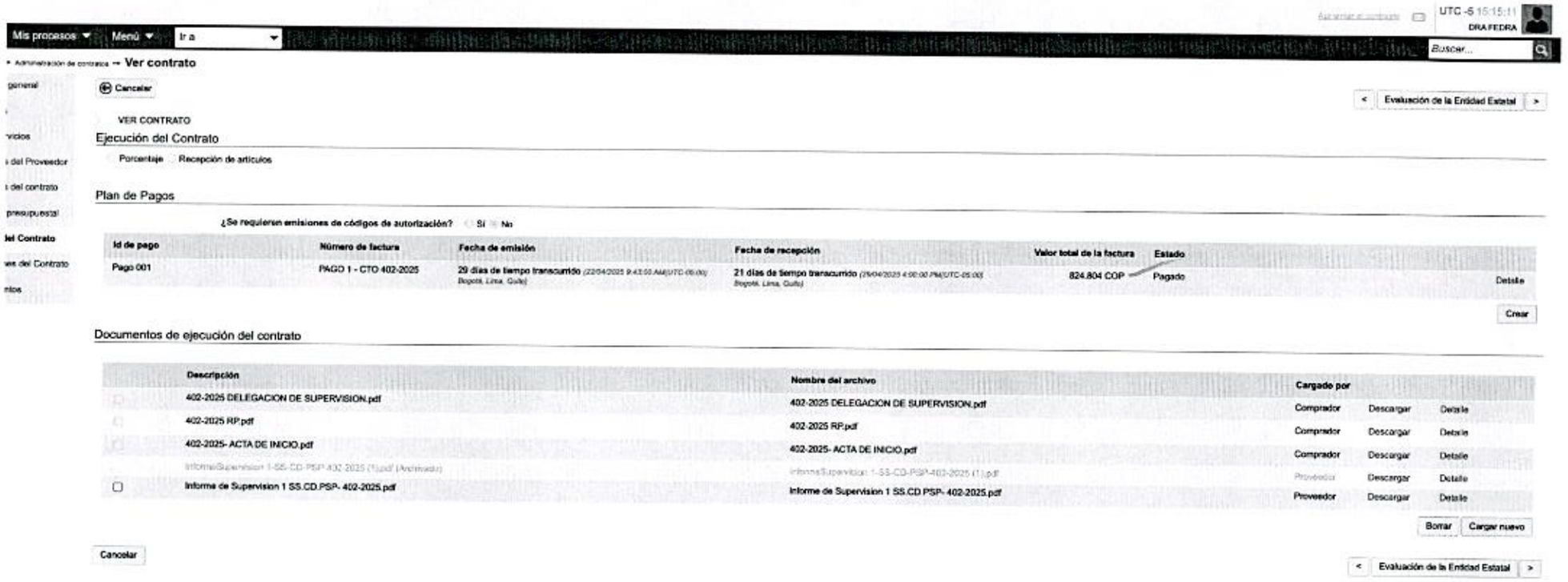
- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** __X__ **NO** ____ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

Fedra Paola Sánchez Rodríguez

C. C. No. 52818746 expedida en Bogotá.


Mis procesos
Menú
Ir a
UTC -5 15:15:11
DRA FEDRA
Buscar...
Administración de contratos → Ver contrato
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Pago 001
PAGO 1 - CTO 402-2025
29 días de tiempo transcurrido
21 días de tiempo transcurrido
824.804 COP
Pagado
Detalle
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
402-2025 DELEGACION DE SUPERVISION.pdf
Comprador Descargar Detalle
402-2025 RP.pdf
Comprador Descargar Detalle
402-2025- ACTA DE INICIO.pdf
Comprador Descargar Detalle
Proveedor Descargar Detalle
Informe de Supervision 1 SS.CD.PSP- 402-2025.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >