

FECHA: 06/08/2025

3,629,760.00

AVILA HERRERA LAURA MARIA

CC 6 Nit:

1003531092

TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

Transferencia

Desde Davivienda Cuenta No. : 470169989006 Hacia: Davivienda Cuenta No. 550488411764886

CPS-29

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 860020094-8

AV. MEDINA NO. 6-06 Tel. 8475710

COMPROBANTE DE EGRESO No.

34636

FECHA: 06/08/2025

**DETALLE DEL EGRESO:**  
PAGO MES DE JULIO 2025

## DETALLE PRESUPUESTO

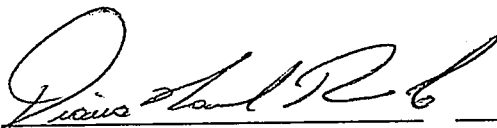
Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1357	1511	583	599	2.4.5.02.09.01.	REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS - ASISTENCIALES	3,629,760.00
<b>TOTAL</b>						<b>3,629,760.00</b>

## DETALLE ORDENES DE PAGO

No. Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
38104	SERV JEFE ENFERMERIA JULIO 2025		3,629,760
<b>TOTAL</b>			<b>3,629,760</b>

## DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006	0.00	3.629.760.00
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	3.629.760.00	0.00



GERENTE



SUB GERENTE

BENEFICIARIO  
CC/NIT

Orden de Pago Nro : 38104  
Fecha : 31/07/2025

Tercero : 1003531092 AVILA HERRERA LAURA MARIA  
Autorretenedor : No Factura : 7 Regimen : Simplificado Disponibilidad :583  
Contribuyente : No Fecha : 31/07/2025 3:55:00 Prefijo : JULIO Reserva : 1511  
I. C . A : ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL p. m. Retencion :  
Descripcion : SERV JEFE ENFERMERIA JULIO 2025 Descuento : .00

CONCEPTOS

Codigo	Descripción	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	18,240.00
230	73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS	3,648,000.00
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS	3,629,760.00

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncional	Lugar	Nit	Debito	Credito
73010201	010101	01	01	1003531092	3,648,000.00	.00
24362707				1003531092	.00	18,240.00
24905501				1003531092	.00	3,629,760.00

USUARIO  
EDISSON RESTREPO MOLINA



**DAVIVIENDA**

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO OPS JULIO - 1
<b>Fecha Pago</b>	06/08/2025
<b>Hora Pago</b>	18:11

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1003531092	<b>Referencia</b>	0000000000000000
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX4886	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 3.629.760,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato**

<b>N° DEL CONTRATO</b>	29
<b>CONTRATISTA</b>	LAURA MARIA AVILA HERRERA
<b>IDENTIFICACION:</b>	1003531092
<b>FECHA DE SUSCRIPCION:</b>	1/01/2025
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO JEFE DE ENFERMERÍA EN LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO Y SUS PUESTOS DE SALUD
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 21.888.000
<b>PLAZO INICIAL:</b>	6 MESES
<b>FECHA DE INICIO:</b>	1/01/2025
<b>FECHA DE TERMINACION INICIAL:</b>	30/06/2025
<b>TIEMPO DE PRORROGA</b>	3 MESES
<b>ADICION EN VALOR</b>	\$ 10.944.000
<b>FECHA TERMINACION:</b>	30/09/2025
<b>MES PAGADO</b>	<b>FECHA DE PAGO:</b>
JUNIO	23 jul 25
<b>Certificación de pago seguridad social y parafiscales</b>	<b>FECHA DE CERTIFICACION:</b>
El coordinador del área CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de <b>JULIO</b>	
Que en razon a dicha ejecucion, el valor correspondiente a pagar es de <b>TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS \$ ( 3,648,000 )</b>	
Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios ) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.	
<b>Informe de pago</b>	SI
<b>Planilla de Seguridad Social</b>	SI
<b>Factura -Cuenta de cobro</b>	SI
Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de <b>JULIO 2025</b>	
 <b>DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA</b> SUPERVISOR	
Email: <a href="mailto:contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co">contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co</a>	

**CUENTA DE COBRO No. 7**

**LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN  
EL COLEGIO CUNDINAMARCA**

**DEBE A:**

**AVILA HERRERA LAURA MARÍA  
C.C. 1.003.531.092 DE SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA**

**LA SUMA DE TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS M/C (\$3.648.000)**

Según objeto del contrato "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO JEFE DE ENFERMERIA EN LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO Y SUS PUESTOS DE SALUD" DESDE EL 01 JULIO AL 31 DE JULIO 2025

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	Urgencias- consulta y procedimientos	Urgencias- consulta y procedimientos	50%	\$1.824.000
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	Servicios ambulatorios-consulta externa promoción y prevención	Servicios ambulatorios promoción y prevención	35%	\$1.276.800
CENTRO DE SALUD VICTORIA	Servicios ambulatorios-consulta externa promoción y prevención	Servicios ambulatorios promoción y prevención	5%	\$182.400
CENTRO DE SALUD PRADILLA	Servicios ambulatorios-consulta externa promoción y prevención	Servicios ambulatorios promoción y prevención	5%	\$182.400
CENTRO DE SALUD TRIUNFO	Servicios ambulatorios-consulta externa promoción y prevención	Servicios ambulatorios promoción y prevención	5%	\$182.400
<b>TOTAL</b>			<b>100%</b>	<b>\$3.648.000</b>

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
029	29	27
029	599	583

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social, corresponden mínimo al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada, es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.

*Laura Avila H.*

**AVILA HERRERA LAURA MARÍA  
C.C. 1.003.531.092 DE SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA  
CEL. 3112942128**



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**Código**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

**SUB-F1**

**PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN**

**Versión**

**V01-2024**

**INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**INFORMACIÓN BÁSICA**

PERIODO DEL INFORME	DESDE EL 01 DE JULIO AL 31 DE JULIO 2025	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	029 - 2025
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	AVILA HERRERA LAURA MARIA	C.C. No.	1:003.531.092
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO JEFE DE ENFERMERIA EN LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO Y SUS PUESTOS DE SALUD		
Informe No.	07	Fecha:	JULIO DE 2025
Iniciación:	01 ENERO 2025	Plazo Inicial:	6 MESES
Finalización:	30 JUNIO 2025	Prórroga:	3 MESES
		Fecha Final:	30 SEPTIEMBRE 2025

**RÉGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO**

Nº DISPONIBILIDAD	VALOR	Nº REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
29	\$21.888.000	27	\$21.888.000
599	\$10.944.000	583	\$10.944.000

**ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

Valor total Del Contrato	\$32.832.000	Valor Cobrado	\$3.648.000
		Valor Giros Efectuados	\$21.888.000

**ADICIÓN PRÓRROGA**

Fecha de Inicio:	30 JUNIO 2025	Fecha de Terminación:	30 SEPTIEMBRE 2025
Valor Adición:			10.944.000
% Ejecución del contrato	77.7%	%Ejecución Financiera	66.6%

**ACTIVIDADES**

**CUMPLE**

ACTIVIDADES	CUMPLE	
	SI	NO
Supervisión y asesoría del personal auxiliar de enfermería y de oficios generales del servicio; priorizar manejo de pacientes; realizar planes de enfermería; vigilar el cumplimiento de las normas del servicio; vigilar y corregir el cumplimiento de los procesos y procedimientos de enfermería; vigilar y mantener los insumos y suministros necesarios del servicio para todas las actividades.	X	
Aplicar y velar por el adecuado cumplimiento del proceso de enfermería.	X	
Revisar la historia clínica y supervisar el cumplimiento de las órdenes médicas.	X	



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**Código**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

SUB-F1

**Versión**

**PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN**

V01-2024

Liderar la revista de enfermería para identificar las necesidades del paciente y definir plan de cuidado.	X	
Recibir y entregar turno con el personal auxiliar de enfermería pasando revista a todos los pacientes.	X	
Organizar, asignar, delegar y supervisar el trabajo del personal auxiliar de enfermería.	X	
Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería en el cuidado de los pacientes.	X	
Realizar actividades de planeación, ejecución y supervisión de los planes de desarrollo de la unidad.	X	
Identificar las necesidades de los pacientes y definir plan de cuidados previo diagnóstico de enfermería.	X	
Asistir y participar en la revista médica del servicio, informando el estado del paciente, su evolución y recuperación.	X	
Supervisar y orientar al personal de enfermería en la atención general de los pacientes.	X	
Llevar control estricto de los medicamentos en los servicios de hospitalización y urgencias.	X	
Informar al equipo médico sobre evolución y estado actual del paciente.	X	
Orientar al personal de enfermería en el mantenimiento de las relaciones interpersonales en la unidad de hospitalización y demás miembros del equipo interdisciplinario.	X	
Orientar al personal de enfermería en el mantenimiento de la relación terapéutica enfermera-paciente-familia.	X	
Asegurar el uso adecuado de materiales, equipos y suministros necesarios para el buen funcionamiento de los servicios.	X	
Realizar los procedimientos de enfermería de alta complejidad.	X	
Coordinar con otras dependencias y servicios del hospital las actividades que facilitan la atención integral del paciente.	X	
Garantizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el personal que labora en la unidad.	X	
Ejecuta la preparación y administración de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica.	X	
Asistir a las capacitaciones de manera presencial o virtual, y diligenciar las evaluaciones pertinentes, las cuales, serán requisito indispensable para entrega de los informes de actividades, y será verificado por el supervisor del contrato, las horas de capacitación no serán canceladas.	X	



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**Código**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

**SUB-F1**

**Versión**

**PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN**

**V01-2024**

Adelantar consulta de protección específica y detección temprana institucional y extramural	X	
Coadyuvar en el diseño de estrategias encaminadas al cumplimiento de metas de promoción y prevención	X	
Conocer y aplicar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal inmersa en la Resolución 3280 de 2018 y los Manuales de Procesos y Procedimientos de Enfermería y las Guías de Manejo adoptadas por el HOSPITAL.	X	
Aplicar y velar por el adecuado cumplimiento del proceso de enfermería.	X	
Dirigir, orientar y programar las actividades de enfermería correspondiente a los diferentes programas según ciclo de vida: Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez, de acuerdo con las guías, rutas y lineamientos administrativos establecidas por la entidad.	X	
Realizar las tomas de Citologías cervicouterinas.	X	
Realizar consulta de Enfermería relacionada con el área promoción específica y detección temprana según cronograma que se ajustara a los tiempos que se requieren para el desarrollo de las anteriores actividades.	X	
Adherirse a lo dispuesto al protocolo institucional de higienización de manos de acuerdo con la estrategia multimodal (cinco momentos) registrados en el protocolo institucional, protocolo de custodia de pertenencias, protocolo de víctimas de violencia sexual, protocolo de seguridad del paciente y manual de bioseguridad.	X	
Obtener consentimiento informado en los casos en los que el usuario requiera algún procedimiento para su cuidado y tratamiento y suministrarle.	X	
Reportar mensualmente al líder de seguridad del paciente del HOSPITAL los incidentes, complicaciones quirúrgicas, terapéuticas, medicamentosas y transnacionales que se presenten con motivo de la prestación de sus servicios.	X	
Utilizar los elementos de protección al personal para manejo y prevención de la COVID-19.	X	
Conocer y aplicar la Ruta de Atención Institucional de usuarios con caso sospechoso de COVID -19; dentro de la cual se describe la identificación de factores de riesgo, capacidad instalada, ciclo de Atención, diagrama de flujo de la prevención, detección temprana y manejo de casos sospechosos de COVID -2019; medidas diagnósticas, vigilancia epidemiológica, descripción del proceso de notificación obligatoria.	X	
Contribuir con los procedimientos de limpieza y desinfección de las áreas hospitalarias como acción de prevención de COVID-19.	X	
Contribuir con el fortalecimiento, actualización y aplicación de protocolos, procedimientos y documentos institucionales como: Programa de prevención y control de infecciones, protocolo de lavado de manos, protocolo de aislamiento, protocolo de limpieza aseo y desinfección, manual de bioseguridad y manual de toma de muestras de laboratorio.	X	



**E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO**

**Código**

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES**

**SUB-F1  
Versión**

**PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN**

**V01-2024**

Desechar los elementos de protección personal en su orden la bata, los guantes y por último el tapabocas en caneca roja para riesgo biológico

X

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
Se dio cumplimiento a 36 actividades específicas descritas en el contrato.	36	36

**OBSERVACIONES GENERALES**

Fecha Suspensión:

Fecha Reanudación:

Yo ANGELICA MARIA MORALES RIVERA en mi calidad de Coordinadora del Área de la E.S.E Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista AVILA HERRERA LAURA MARIA documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planilla N° 9488780185 del pago de seguridad social correspondiente al mes de JUNIO 2025.

**FIRMA COORDINADOR AREA**

**ANGELICA MARIA MORALES RIVERA  
V°B° COORDINADOR DE AREA DE ENFERMERIA**



CUADRO DE ROTACION JEFES DE CONSULTA EXTERNA URGENCIAS



MES DE JUNIO 2025

NOMBRE	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	27	28	29	30	31	
DIANA M. SEGURA	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
ADMINISTRATIVO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
HEIDY MONTENEGRO	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
LAURA AVILA	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
HORAS																																
TOTAL																																
DIANA																																
HEIDY																																
LAURA																																

CE: CONSULTA EXTERNA 8 HORAS	8
U: URGENCIAS	6
UT: URGENCIAS TARDE	6
CONSULTA PUESTOS (JUEVES)	8
CP: PRADILLA	8
CT: TRIUNFO	8
CV: VICTORIA	8
B: BRIGADA	8

Aprobado por:

Diana Arela Segura

COORD. ENFERMERIA URGENCIAS

COORD. PVM

HEIDY MONTENEGRO:	TEL: 3114847417
LAURA AVILA	TEL: 3112942128

Citas Pacientes/Consultorio

Archivo Consultas Ejecutar Reportes

Historia Clínica	Citas asignadas: 16	Fecha: miércoles, 02 Julio 2025
AVILA HERRERA LAURA MARIA	Miércoles Documento: 1070327565	Paciente: PAULA ANDREA ROJAS PIERIAGORDA
LAURA MARIA AVILA	07:30:00 1070327565	Prof: 569
Lugar: HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARI	08:00:00 1034780805	Consultorio: Jefe Promoción y P. 800532
Especialidad: PROMOCION Y PREVENCIÓN	08:30:00 1070332945	Factura: 1035587
Calendario	09:00:00 1070332303	No Cita: 0
Julio 2025	09:30:00 5057896	Tipo Cita: CONTROL PLANIFICACION 0
Dom Lun Mar Mie Jue Vie Sab	10:00:00 1003530005	Interconsulta: 0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	10:30:00 1095329352	Respuesta: 0
	11:00:00 1195464004	Fecha Insuficiencia: 02/07/2025 08:41
	11:30:00 1001289459	02/07/2025 08:10
	12:00:00 1070333706	
	13:30:00 1003039302	
	14:00:00 1097196824	
	14:30:00 1097196824	
	15:00:00 1195464135	
	15:30:00 1070334436	

Citas Pacientes/Consultorio

Archivo Consultas Ejecutar Reportes

Historia Clínica	Citas asignadas: 19	Fecha: martes, 15 Julio 2025
AVILA HERRERA LAURA MARIA	Martes Documento: 1022976154	Paciente: SAMI LLUIED CORDERO OSPINA
LAURA MARIA AVILA	07:30:00 1022976154	Prof: 569
Lugar: Puesto de Salud El Triunfo	08:00:00 1015072340	Consultorio: Promoción y Preve. 802030
Especialidad: PROMOCION Y PREVENCIÓN	08:30:00 1126253910	Factura: 1101213
Calendario	09:00:00 1022960617	No Cita: 0
Julio 2025	09:30:00 1110446252	Tipo Cita: CONSULTA DEL JOVEN 0
Dom Lun Mar Mie Jue Vie Sab	10:00:00 1012394931	Interconsulta: 0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19	11:00:00 1003529950	Respuesta: 0
	11:30:00 1022951104	Fecha Insuficiencia: 15/07/2025 11:48
	12:00:00 1110446252	
	13:30:00 1022951104	
	14:00:00 1115452229	
	14:30:00 1028494891	
	15:00:00 1070332139	
	15:30:00 1074664516	

**Historial de Notas de Enfermería**

Nota Enfermera No: 1      Fecha: 27/07/2025      Hora: 19:14

Realizada por: LAURA MARIA AVILA HERRERA

19:00 ENTREGAMOS PACIENTE MASCULINO DE 93 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE IVU, COSTIFACION, NAUSEAS Y VOMITO, SE ENCUENTRA UBICADO EN OBSERVACION HOMBRES DE URGENCIAS CONSCIENTE, ALERTA AL LLAMADO, CON APERTURA OCULAR ESPONTANEA, PUPILAS CON ESCLERAS ANICTERICAS, CON SOPORTE DE OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE, TORAX SIMETRICO Y NORMOEXPANSIBLE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE E INDOLORO A LA PALPACION, MIEMBROS SUPERIORES SIMETRICOS, CON ACCESO VENOSO PERIFERICO PERMEABLE EN DORSO DE

**Signos Vitales**

--	--	--	--	--	--

**Líquidos**

Administrados	ml	Eliminados	ml	Balance	ml
---------------	----	------------	----	---------	----

**Medicamentos/Insumos**



Código	Medicamento	Cant Farmacia	Cant Total	Dosis	Frec





2. Concepto:  Actualización

4. Número de formulario: 14988890881

(415)7707212489984(8020)0000014988890881

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 0 3 5 3 1 0 9 2 | 38

6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión illquida | 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 0 3 5 3 1 0 9 2

27. Fecha expedición: 2 0 1 9 1 0 0 7

28. País: COLOMBIA

29. Departamento: Cundinamarca | 1 6 9

30. Ciudad/Municipio: San Antonio del Tequendama | 2 5 | 6 4 5

31. Primer apellido: AVILA

32. Segundo apellido: HERRERA

33. Primer nombre: LAURA

34. Otros nombres: MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA | 1 6 9

39. Departamento: Cundinamarca | 2 5

40. Ciudad/Municipio: Soacha | 7 5 4

41. Dirección principal: CR 3 - 30 BIS 12 CON MIRADOR DE SAN IGNACIO V ETAPA BL 19 AP 50

42. Correo electrónico: avilaherreralaura26@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 1 2 9 4 2 7 1 2 8

45. Teléfono 2: 3 1 2 4 0 1 5 0 1 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

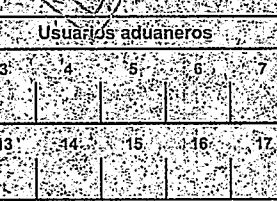
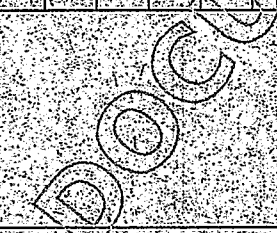
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 6 9 2	2 0 1 9 1 2 0 6	8 2 9 9	2 0 2 4 0 3 0 7		

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

59. No responsable de IVA:  SI  NO



Usuarios aduaneros										Exportadores				
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	57. Modo	58. CPC
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				

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

60. No. de folios: 0

61. Fecha: 2024-03-07 13:32:58

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: AVILA HERRERA LAURA MARIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

## CERTIFICADO

**EL COLEGIO,  
CUNDINAMARCA,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**28/01/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **LAURA MARIA AVILA HERRERA** con Cédula de Ciudadanía número **1003531092**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488411764886**  
Fecha de apertura **10/12/2019**

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**