

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31	
Nombre del Contratista:	LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ		Número de Documento:	1023022927	
Correo Electrónico:	laura-yiseth@hotmail.com		Número Telefónico:	3194829518	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5979-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	892
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	13804	\$2539936	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2539936	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEISPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-06-18		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-06-26	2025-07-31	1	\$ 2539936	1066
2	2025-07-25	2025-08-31	2	\$ 2115687	1267
3	2025-08-27	2025-09-30	3	\$ 2539936	1472
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		JUNIO		\$ 676396	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
2		JULIO		\$ 2539936
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS
\$ 1100645		\$ 8296204		\$ 3216332
				\$ 5079872
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS . Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS		-Actas de apropiación conceptual
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	-Caracterización familiar para identificación y gestión de riesgos en salud de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo.		-Formatos de caracterización y tamizajes establecidos con calidad y veracidad
3	Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo	-Gestionar riesgos identificados en las familias caracterizadas a partir de derivaciones en actividades de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento		-Gestionar riesgos en las familias caracterizadas a partir de derivaciones en activaciones de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública,
4	Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado.	-No aplica		-No aplica
5	Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos	-No aplica		-No aplica
6	Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-caracterizaciones del mes correspondientes		-Formatos disponibles para la actividad
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento	-Asistencia a reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred sur y/o SDS		-Listados de asistencia y actas de reuniones
8	Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Realizar proyección y actualización del cronograma de actividades acorde a los productos establecidos		-Reporte diario cronograma

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Mantener adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Participación en practicas de los productos asignados. Asistencia a capacitaciones, reunión mensual del entorno y otras reuniones o jornadas a las que se convoque	-Listados de asistencia y actas de reuniones
10	Realizar el alistamiento de pre auditoria sobre los productos asignados	-No aplica	-No aplica
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-No aplica	-No aplica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2539936
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88984410	-		
2025	JULIO	2025	08	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 244500
Salud					SURA		\$ 177938	\$ 191100
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 37700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 473300
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488434961568	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ		2025-08-24 20:24:50
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ		2025-08-25 20:41:21
RECHAZADO SUPERVISOR						YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-08-26 08:06:37
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ		2025-08-26 13:15:27
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ		2025-08-26 13:17:33
RECHAZADO SUPERVISOR						YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-08-27 08:23:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ		2025-08-27 21:41:34
ACEPTADO SUPERVISIÓN						YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-08-28 12:14:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN						MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-08-28 14:46:21

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con

lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

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
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88984410	\$443.700	

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	190.400	0		0		0	5	700	0	191.100	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	890903790-5	8.000				8.000	5	100	8.100			80	8.100	1

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	190.400	191.100
Pensión	1	243.700	244.500
Riesgos Laborales	1	8.000	8.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	442.100	443.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023022927	LAURA YIETH ESTRADA SANCHEZ		Tv 12bis # 71d 16 sur	3194829518	laura-yieth@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88984410	\$443.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1023022927	ESTRADA SANCHEZ LAURA YIETH	57	0			N																		230301	1.523.000	243.700	0	0	0	0	EPS010	1.523.000	190.400	14-11	1.523.000	1	8.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ

1023022927

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

22 de agosto de 2025



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

24/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA YISETH ESTRADA SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023022927**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488434961568
Fecha de apertura	20/10/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023022927	LAURA YIETH ESTRADA SANCHEZ		Tv 12bis # 71d 16 sur	3194829518	laura-yieth@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
88984410	13/08/2025				EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	N	26/08/2025	89278466	10
					TOTAL A PAGAR
					\$29.600

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					

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

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	890903790-5	29.200				29.200	18	400	29.600			292	29.600	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	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	29.200	29.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	29.200	29.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023022927	LAURA YIETH ESTRADA SANCHEZ		Tv 12bis # 71d 16 sur	3194829518	laura-yieth@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
88984410	13/08/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	N	26/08/2025	89278466	\$29.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1023022927	ESTRADA SANCHEZ LAURA YIETH	57	0			N																		230301	1.523.000	243.700	0	0	0	0	EPS010	1.523.000	190.400	14-11	1.523.000	3	37.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

RITSOLICITUD DE REGISTRO Y/O NOVEDADES RIT
DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA - DIB

ESPACIO PARA RADICADO

Lea las instrucciones al respaldo, diligencie sin tachones, borrones ni enmendaduras

A. OPCIÓN DE USO1. Registro ☒2. Novedades ☐**B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE**

3. Naturaleza Jurídica

Persona Natural ☒Persona Jurídica ☐

4. Tipo de Identificación

CC ☒CE ☐PA ☐TI ☐NUIP ☐NITE ☐

No.

1023022977

D.V. ☐RC ☐PEP ☐PIP ☐CD ☐NIT ☐

5. Nombre Completo / Razon social

Nombre 1

Laura

Nombre 2

Yiseth

Apellido 1

Estrada

Apellido 2

Sanchez

6. Dirección Notificación

Dg 74F Sur 1A Este 1U

7. Municipio

Bogotá

8. Departamento

Bogotá

9. Telefono

10. Celular

3194899518

11. Correo electrónico

laura-yiseth@hotmail.com

12 Red social (tipo)

Usuario red social

C. TERCERO AUTORIZADO

13. Tipo de Identificación

CC ☐CE ☐PA ☐TI ☐NUIP ☐NITE ☐

No.

D.V. ☐RC ☐PEP ☐PIP ☐CD ☐NIT ☐

14. Nombre Completo / Razon social Tercero Autorizado

Nombre 1

Nombre 2

Apellido 1

Apellido 2

15. Dirección Notificación

16. Municipio

17. Departamento

18. Telefono

19. Celular

20. Correo electrónico

D. IMPUESTOS AUTORIZADOS PARA EL TERCEROPredial ☐Publicidad exterior ☐Vehiculos ☐Delineación Urbana ☐Industria y Comercio ☐Reteica ☐Sobretasa a la Gasolina ☐

Ingrese la identificación de los objetos autorizados, para los siguientes impuestos:

Predial (Chip/Matricula) vehiculos (Placa) delineación urbana(CDU) y publicidad exterior (Resolución).

N°	CHIP/ Placa/CDU/Resolución	vigencia desde	vigencia hasta

Ingrese la información de los objetos autorizados, para los siguientes impuestos:

Industria y comercio, Reteica y Sobretasa a la Gasolina

N°	Nit	Vigencia	periodo

E. FIRMAS

Firma contribuyente

Firma Tercero Autorizado

Nombre

Laura Estrada

Nombre:

Tipo de Documento

CC

No.

1023022977

Tipo de Documento

No.

www.shd.gov.co

Carrera 30 N° 25-90 Bogotá D.C. Código Postal 111311

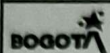
PBX: +57(1) 338 50 00 - Información: Línea 195

NIT 899.999.061-9



105-F.203

V 1



SECRETARÍA DE
HACIENDA

RIT
CONTRIBUYENTE

INSTRUCCIONES

"Este formato debe ser diligenciado por los contribuyentes que presenten solicitud de inscripción y/o novedades en el RIT"

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

A. OPCIÓN DE USO

Marque con "X" el cuadro respectivo de acuerdo a su solicitud:

1. Registro: Primer registro de información realizada ante la Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá - DIB.
2. Novedades: Actualización de información susceptible de cambio.

B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

3. Naturaleza Jurídica Marque con "X" si el contribuyente es una Persona Natural o si corresponde a una persona jurídica.
4. Marque con "X" el recuadro correspondiente al tipo de documento: número de identificación tributaria (NIT), número de cédula de ciudadanía (CC) o número de tarjeta de identidad (TI) Permiso especial de permanencia (PEP) Carnet Diplomático (CD) Número Único de Identificación Personal (NUIP) registro Civil (RC) (TP) Visa temporal (PIP) Permiso de Ingreso y Permanencia y escriba el número.
5. Nombre Completo / Razon social diligencie los nombres y apellidos de la persona a registrar si se trata de una persona natural, en caso de ser una persona jurídica diligencie la razon social del contribuyente, tal como aparece en el documento de identificación o en el certificado de existencia y representación legal en la casilla Nombre 1.
6. Diligencie la dirección de notificación en la cual usted desea recibir notificación y/o correspondencia emitida por la Administración Distrital.
7. Diligencie con el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la dirección de notificación.
8. Diligencie con el nombre del departamento en donde se encuentra ubicada la dirección de notificación.
9. Diligencie el número telefónico de contacto con el contribuyente
10. Diligencie el número de celular de contacto del contribuyente.
11. Diligencie la dirección de correo electrónico de contacto del contribuyente.
12. Diligencie la dirección de Red Social del contribuyente y su usuario

C. DATOS DEL TERCERO AUTORIZADO

Diligencie solo en caso de autorizar a un tercero para el trámite de sus impuestos.

13. Marque con "X" el recuadro correspondiente al tipo de documento: número de identificación tributaria (NIT), número de cédula de ciudadanía (CC) o número de tarjeta de identidad (TI) Permiso especial de permanencia (PEP) Carnet Diplomático (CD) Número Único de Identificación Personal (NUIP) registro Civil (RC) (TP) Visa temporal (PIP) Permiso de Ingreso y Permanencia y escriba el número.
14. Nombre Completo / Razon social diligencie los nombres y apellidos del tercero autorizado, en caso de ser una persona jurídica diligencie la razon social del contribuyente, tal como aparece en el documento de identificación o en el certificado de existencia y representación legal en ella casilla Nombre 1.
15. Diligencie la dirección de notificación del tercero autorizado.
16. Diligencie con el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la dirección de notificación del tercero autorizado.
17. Diligencie con el nombre del departamento en donde se encuentra ubicada la dirección de notificación del tercero autorizado.
18. Diligencie el número telefónico de contacto del tercero autorizado.
19. Diligencie el número de celular de contacto del tercero autorizado.
20. Diligencie la dirección de correo electrónico de contacto del tercero autorizado.

D. IMPUESTOS AUTORIZADOS PARA EL TERCERO

Marque con una "X" en el recuadro correspondiente al impuesto a autorizar y diligencie el recuadro de la siguiente manera:

Predial: Diligencie la matrícula o el Chip de los predios y las vigencias a autorizar

Vehicular: Diligencie las placas de los Vehículos y las vigencias a autorizar.

Publicidad exterior: Diligencie el número de la Resolución de aprobación de la publicidad.

Delineación Urbana: Diligencie el CDU que se obtiene de la licencia de construcción con los dos últimos dígitos de del año de radicación el número de la curaduría y los últimos cuatro dígitos de el número de radicado.

Industria y comercio: Diligencie el Número de identificación tributaria NIT del responsable del pago del impuesto.

Sobretasa a la Gasolina motor y ACPM: Diligencie el Número de identificación tributaria NIT del responsable del pago del impuesto.

G. FIRMAS

Espacio para la firma del contribuyente - persona natural o del representante legal de personas jurídicas, nombre, tipo y número de documento.

REQUISITOS

Para dar trámite a su solicitud en todos los casos se deberá presentar el documento de identificación: Cédula de Ciudadanía, Tarjeta de Identidad o NIT y el RUT (solo para consulta).

De tratarse de autorizado:

Presentar el documento de identificación del autorizado: Cédula de Ciudadanía o NIT. Copia del documento de identidad de quien tiene el deber de inscribirse.

Copia del documento de identidad del autorizado.

Carta original de autorización debidamente firmada por quien autoriza y del autorizado.

De tratarse de apoderado:

- Presentar el documento de identificación del apoderado: Cédula de ciudadanía o NIT.

- Poder otorgado en debida forma.

www.shd.gov.co

Carrera 30 N° 25-90 Bogotá D.C. Código Postal 111311

PBX: +57(1) 338 50 00 - Información: Línea 195

NIT 899.999.061-9



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

105-F.203

V 1



Secretaría Distrital de Hacienda

[IR AL SITIO WEB](#)

Señor contribuyente, la respuesta a la solicitud te será comunicada a los "correos electrónicos" informados. Agradecemos no reiterar esta solicitud a través de otros canales de servicio.

Gracias |

Secretaría Distrital de Hacienda

Nit. 899.999.061-9

Sede principal

Dirección: carrera 30 n.º 25-90 - Bogotá, D. C.

Código postal: 111311

Horario de atención: lunes a viernes, 7:00 a. m. - 4:30 p. m.

Teléfono PBX: +57 601 338 50 00

Línea gratuita: 195

