

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

**LUISA FERNANDA CHACON PAEZ**

CON CC: N°

1.019.118.213

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA ESPECIALISTA 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 6221 2025

**FECHA INICIO CONTRATO**

04/09/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 5.037.110

**No. HORAS EJECUTADAS**

159

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 9.700.739

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 4.663.629

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

26 DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

GSP PSPIC - VSP  
6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

**II. 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)

ITEM	II. 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: 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 suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigila2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
2	1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar y actualizar semanalmente cronograma proyectado del mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigila2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
3	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigila2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
4	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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigila2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
5	1. OBLIGACIÓN: 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigila2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
6	1. OBLIGACIÓN: 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar apropiación de los lineamientos y protocolos de los eventos realizados, src, sarampion, tos ferina, meningitis. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigila2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA

7	<p>1. OBLIGACIÓN: 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistir a las asistencias técnicas indicadas: mesa sigviga</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: 8. Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: 9. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado en la construcción de los diferentes productos, actividades y/o metas conforme a los anexos y lineamientos técnicos.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Investigación Epidemiológica de campo de eventos transmisibles de alto impacto, realizar activación de acciones complementarias de acuerdo a cada caso, realizar el cargue de información de acuerdo a los tiempos establecidos en el lineamiento con oportunidad y calidad, realizar devoluciones de los casos que no pertenecen a la Subred Centro Oriente, todo lo anterior de acuerdo a línea técnica.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: 10. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan intervenciones de campo de alto impacto de quince IEC asignadas, en el periodo del 1al 31 de agosto 2025, distribuidas por localidad: San Cristobal, Rafael Uribe Uribe, santa fe, la candelaria, los Martires: De los eventos efectivos se realizo activación de equipo de bloqueos, analisis del bloqueo y entrega de soportes de intervención realizadas. Se entrega oportunamente los informes preliminares y de cierre de los eventos asignados. teniendo claro las definiciones de los eventos , realizando precriticas de las fichas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
11	<p>1. OBLIGACIÓN: 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: organizacion de productos en el lugar indicado.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
12	<p>1. OBLIGACIÓN: 12. 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: realizacion de canalizaciones segun necesidad, para entrega de medicamento azitromicina y aplicacion de vacunas para pai.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
13	<p>1. OBLIGACIÓN: 13. 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 interventoria 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: En espera por revisión de equipo auditor para verificación de calidad de los productos entregados.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acciones se encuentran relacionadas en la ruta \\172.26.33.40\sigviga2025\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>

### III. 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 05/09/2025 al 30/09/2025

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		
PENSIÓN:	PROTECCION		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ -</b>

V. 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 SMMMLV (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.

VI. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p> LUISA FERNANDA CHACON PAEZ CC: 1019118213</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	<p> NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	<p> MARIA CRISTINA DUARTE GARZON SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



**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: 7**  
**FECHA: 2025-06-09**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LUISA FERNANDA CHACON PAEZ	<b>CC:</b>	1.019.118.213 ✓
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<a href="mailto:luisachacon.m@gmail.com">luisachacon.m@gmail.com</a>	<b>TELÉFONO:</b>	3112574383 ✓
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 152 A 99 45	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ ✓

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO tomaré costos y deducciones</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ( X )
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>	<input type="checkbox"/> ( )

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 párrafo 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.

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO BBVA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	0887073989
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 6221 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.663.629
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	04/09/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025 ✓
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	5/09/2025	AL	30/09/2025 ✓

*Luisa Chacon*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** LUISA FERNANDA CHACON PAEZ

**CC:** 1.019.118.213  
**CEL:** 3112574383

### CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

#### CERTIFICA

Que Luisa Fernanda Chacon Paez, identificado(a) con CC número 1019118213, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019118213
NOMBRES Y APELLIDOS	Luisa Fernanda Chacon Paez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/04/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	03/12/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	82 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	31 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	03/12/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900156264 NUEVA EPS Desde 08/08/2025 - Vigente  
CEDULA DE CIUDADANIA 1019118213 LUISA FERNANDA  
CHACON PAEZ Desde 01/07/2022 Hasta 20/06/2025



---

**RE: SOLICITUD MASIVA AFILIACION POSITIVA 03092025**

---

**Desde** Afiliaciones y novedades arl 5 <afiliacionesynovedadesarl5@positiva.gov.co>

**Fecha** Jue 4/09/2025 10:45 AM

**Para** Juan Sebastian Casas <apoyocontratacion@subredcentrooriente.gov.co>

Gracias por contactarte con nosotros.

Hemos recibido su solicitud de riesgo ,estamos agradecidos por diligenciar todos los datos de forma completa y clara , la afiliación a sido aceptada.

Agradecemos tu confianza en Positiva Compañía de Seguros. Estamos comprometidos con brindarte una atención oportuna y cercana.

Cordialmente.  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades  
Positiva Compañía de Seguros S.A.

---

**De:** Juan Sebastian Casas <apoyocontratacion@subredcentrooriente.gov.co>

**Enviado:** miércoles, 3 de septiembre de 2025 18:29

**Para:** Afiliaciones y novedades arl 3 <afiliacionesynovedadesarl3@positiva.gov.co>

**Cc:** Jorge Alberto García González <direccioncontratacion@subredcentrooriente.gov.co>

**Asunto:** SOLICITUD MASIVA AFILIACION POSITIVA 03092025

Cordial saludo:

Por medio del presente correo remito plantilla afiliación independientes diligenciada para tramite correspondiente en el sistema

Cordialmente,



**Juan Sebastian Casas Cardenas**

Profesional Universitario Bienes y Servicios

Dirección de Contratación

3138040799

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

---

CONFIDENCIAL. La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona o la organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, por favor reenvíelo y borre el mensaje recibido inmediatamente. El contenido de este mail es informativo y no se constituye como documento legal.

CONFIDENTIAL. This message contains privileged and confidential information intended only for the person or entity to which it is addressed. Any

TIPO_DE_DOCUMENTO_INDEPENDIENTE	NUMERO_DOCUMENTO_INDEPENDIENTE	PRIMER_APELLIDO	SEGUNDO_APELLIDO	PRIMER_NOMBRE	SEGUNDO_NOMBRE	FECHA_DE_NACIMIENTO_INDEPENDIENTE(AAAA/MM/DD)	SEXO_INDEPENDIENTE	CORREO_ELECTRONICO_INDEPENDIENTE	CODIGO_DANE_9_EPARTAMENTO_RESIDENCIA_INDEPENDIENTE	CODIGO_DANE_9_MUNICIPIO_DIRECCION_RESIDENCIA_INDEPENDIENTE	DIRECCION_RESIDENCIA_INDEPENDIENTE	NUMERO_DE_TELFONO_DE_INDEPENDIENTE	CARGO_Ocupacion	CODIGO_EPS_DEL_INDEPENDIENTE	CODIGO_AFP	TIPO_DE_CONTRATO_1:ADMINISTRATIVO_2:COMERCIAL_3:CIVIL	PORTADA DEL CONTRATO_1:PUBLICO_2:COMERCIAL_3:CIVIL	SUMINISTRO DE TRANSPORTE (S-SI_O_N-DI)	FECHA_DE_INGRESO_CONTRATO_0:AAAA/MM/DD
OC	1019118213	CHACON	PAEZ	LUISA	FERNANDA	3/04/1996	F	saachacon.m@gmail.com	11	1	CALLE 152 A 99 45	3112574383	3932	EPS005	2	1	1	N	4/09/2025

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHACON PAEZ LUISA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.019.118.213** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de septiembre de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

2. Concepto  1  3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141085041306



(415)7707212489984(8020) 0000141085041306

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 9 1 1 8 2 1 3

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## 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 9 1 1 8 2 1 3

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

CHACON

32. Segundo apellido

PAEZ

33. Primer nombre

LUISA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Cigla

## 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

CL 152 A 99 45

42. Correo electrónico

luisachacon.m@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 1 1 2 5 7 4 3 8 3

45. Teléfono 2

3 2 0 3 0 6 8 2 1 6

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 1 2 0 3

## Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 7 2 2

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código  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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  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 NO 

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo