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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA**			**CC:**	**1010164285**
CORREO ELECTRÓNICO:	**valenciacatherin4@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3504553721**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 32 C SUR 13 D 63**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**28589911034**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7447 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.381.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/08**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/10 AL 2025/10/31**				

CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA
PS_7447_2025_FA4CC1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA
CC: 1010164285
CEL: 3504553721

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA			
	CON C.C N°	**1.010.164.285**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 7447 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/08**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.384.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**147**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.384.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.381.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICUATRO (24) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIONES: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDAD: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS 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. 1.2 PRODUCTO O SOPORTE: PRESTE MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, CUMPLIENDO CON LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEL DISTRITO CAPITAL, SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
2	2. OBLIGACIONES: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 ACTIVIDAD: DILIGENCIAR CRONOGRAMA DISPUESTO POR LA LIDER DE LA LOCALIDAD. 2.2 PRODUCTO O SOPORTE: ENTREGUÉ PUNTUALMENTE EL CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDADES, DETALLANDO CADA UNA DE LAS INTERVENSIONES A DESARROLLAR DURANTE EL PERIODO CORRESPONDIENTE.
3	3. OBLIGACIONES: 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. 3.1 ACTIVIDAD: REALIZAR ACTAS DE ENTREGA DE PRODUCTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION A TODOS LOS COLABORADORES. 3.2 PRODUCTO O SOPORTE: PRODUCTO O SOPORTE: APOYÉ LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PIC, REMITIENDO LA INFORMACION Y LOS SOPORTES REQUERIDOS CONFORME A LOS ANEXOS TECNICOS Y LINEAMIENTOS DEL CONVENIO SUSCRITO.
4	4. OBLIGACIONES: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 ACTIVIDAD: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES. 4.2 PRODUCTO O SOPORTE: COLABORÉ EN LAS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD, PARTICIPANDO EN ACCIONES RELACIONADAS CON LOS PLANES DE MEJORA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN.
	5. OBLIGACIONES: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDAD: REALIZAR Y ENTREGAR EL ACTA DE APROPIACION DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED.

5.2 PRODUCTO O SOPORTE: REALICÉ APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL PROFESIONAL, REVISANDO Y COMPRENDIENDO LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE.

5	
6	6. OBLIGACIONES: REALIZAR LA REVISIÓN (PRECRÍTICA) A LOS FORMATOS Y/O FICHAS DE CAPTURA ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y DOCUMENTOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 6.1 ACTIVIDAD: RECIBIR POR PARTE DEL EQUIPO DE GESI LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LAS FIHAS ENTREGADAS POR LOS PROFESIONALES Y DEVOLVER A LOS MISMOS PARA QUE RAELICEN LOS AJSUTES PERTINENTES. 6.2 PRODUCTO O SOPORTE: LLEVÉ A CABO LA REVISIÓN (PRECRITICA) DE LOS FORMATOS Y FICHAS DE CAPTURA, GARANTIZANDO SU CORRECTA DILIGENCIA Y CUMPLIMINETO CON LOS DOCUMENTOS ESTABLECIDOS PARA LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO.
7	7. OBLIGACIONES: REALIZAR DEPURACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y/O CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS, DOCUMENTOS Y/O INFORMES GENERADOS POR LAS ACCIONES O INTERVENCIONES DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES, GARANTIZANDO LA CALIDAD, OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, CONSISTENCIAS Y VERACIDAD. 7.1 ACTIVIDAD: DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO DE TALENTO HUMANO CON CRITERIOS DE CALIDAD Y COMPLETITUD, CARGAR ANEXOS DE HOJA DE VIDA, ACTUALIZACIÓN Y REGISTORO DE LAS HORAS POR CADA UNO DE LOS PERFILES. 7.2 PRODUCTO O SOPORTE: DEPURÉ, ADMINISTRÉ Y CONSOLIDÉ LAS BASES DE DATOS E INFORMES GENERADOS, ASEGURANDO SU CALIDAD, VERCAIDAD, CONSISTENCIA E INTEGIRDAD, DE ACUERDO CON LAS INTERVENCIONES DESARROLLADAS.
8	8. OBLIGACIONES: OBLIGACIONES 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. 8.1 ACTIVIDAD: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA O INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 8.2 PRODUCTO O SOPORTE: EJECUTÉ ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS TRANVERSALES DEL PIC, INCLUYENDO CANALIZACIONES, SEGUIMIENTO A PAI, EDUCACIÓN EN SALUD PUBLICA, GESI. ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DEL EISP Y ACCIONES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.
9	9. OBLIGACIONES: ACTIVIDAD: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 9.1 ACTIVIDAD: REALIZAR EL PREVIO ALISTAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN LAS AUDITORIAS PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE GLOSAS. 9.2 PRODUCTO O SOPORTE: REVISÉ Y ATENDÍ LAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON GLOSAS GENERADAS, AJUSTANDO LOS PROCESOS PARA EVITAR HALLAZGOS POR PARTE DEL EQUIPO DE INTERVENTORIA Y ASEGURAR EL CUMPLIMINETO CONTRACTUAL.
10	10. OBLIGACIONES: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 10.1 ACTIVIDAD: ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO IMPARTA LA SUBRED A TRAVÉS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 10.2 PRODUCTO O SOPORTE: RESPONDÍ A LOS REQUERIMIENTOS ADICIPONALES SOLICITADOS POR LA SUPERVISIÓN, EJECUTANDO ACTIVIDADES COMPLMENTARIAS DENTRO DEL OBJETO DEL CONTRATO, SEGÚN LO ESTIPULADO.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-10) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA* *PS_7447_2025_FA4CC1* **CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA** **CC: 1010164285**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ* *PS_7447_2025_FA4CC1* **KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7447_2025_FA4CC1* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Bogotá, Septiembre 30 de 2025

Señora:
VALENCIA BOATIBONZA CATHERIN LORENA
CC. 1010164285
CL 32 CSUR 13 D 63 - 2999999
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 26 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
VALENCIA BOATIBONZA CATHERIN LORENA	1010164285	C	Sep-26-2025	0	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SACHICA VALENCIA MATTHEW	1028783004	C	Feb-6-2012	435	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-1-2025	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna
SACHICA VALENCIA ERICK SNAIDER	1029280602	C	Feb-6-2012	435	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-1-2025	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna
SACHICA VALENCIA SAMUEL ESTEBAN	1033749389	T	Feb-6-2012	435	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Mar-1-2025	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna
SACHICA BOADA FREDY ALEXANDER	80129015	C	Ene-10-2012	439	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Mar-1-2025	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA	1010164285	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

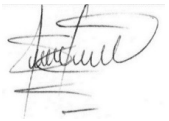
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010164285,** se encuentra afiliado/a desde **11/02/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

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

CERTIFICA QUE:

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

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909410, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1010164285	CATHERIN LORENA VALENCIA BOATIBONZA	RIESGO 3	3	2.436%	20/11/2019		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 09 de Octubre del año 2025.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888967899

(415)7707212489984(8020) 000001488896789 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 0 1 6 4 2 8 5	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 1 6 4 2 8 5	

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
VALENCIA	BOATIBONZA	CATHERIN	LORENA

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 23 C 31 D 09 S CL CALLE

42. Correo electrónico katherinvalencia653@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 2 0 9	2 0 1 9 1 0 2 2	8 2 9 9	2 0 1 9 1 0 2 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

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 VALENCIA BOATIBONZA CATHERIN LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO