

Ocaña, 30 de noviembre de 2025

Señores:

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

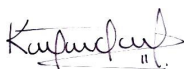
Yo **Karen paola clavijo lopez**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1091667861 expedida en **Ocaña, norte de Santander**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	\$ 21.231.264,29
VALOR CUENTA A PRESENTAR	\$ 4.246.253
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER SANTOS

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

SOPORTES	CONTRATISTA	
	APLIC A	CUMPLE
1. Factura Electrónica	NO	
2. Cuenta de Cobro	SI	X
3. Informe de Actividades	SI	X
4. Pago de la Planilla de seguridad social	SI	X

Atentamente,



Karen paola clavijo lopez
CC.1091667861

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No.4
CONTRATO No 697-2025

DEBE A:
KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ
CC. 1091667861

LA SUMA DE:
(CUATRO MILLONES DOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOCIENTOS
CINCUENTA Y DOS. (\$4.246.253))

PERIODO:
DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF.

Se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados (Rentas exentas numeral 10 del artículo 206 del ET)

Cordialmente,



KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C. 1091667861
CELULAR: 3133792301
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No CUENTA 709.000011.42

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ	CÉDULA	1091667861
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	SERVICIO/ÁREA	H.E.Q.C –Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición – MUNICIPIO DE OCAÑA
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PERIODO DEL INFORME	DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2025
No. CONTRATO	697-2025		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF.		
VIGENCIA	5 MESES		

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD EJECUTADA	EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
1	Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio.	Se cumplió y se realizó la Participación en las actividades de focalización en el primer mes de ejecución del contrato. Para el mes vigente no se realizó focalización.	Anexo 1: NO APLICA

2	<p>Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos, consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral.</p>	<p>Se realiza verificación a cada uno de los usuarios focalizados con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos, consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral, e s t a verificación se realizó en compañía de la gestora.</p>	<p>Anexo No. 2: Evidencia de Verificación de documentos, lista de chequeo.</p>
3	<p>Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF.</p>	<p>Se realizo entrega de la información solicitada en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF</p>	<p>Anexo No. 3: Evidencia aplicación Formato F5</p>
4	<p>Realizar el acercamiento con actores clave del territorio, incluyendo líderes comunitarios, instituciones de salud, autoridades locales y organizaciones sociales, con el fin de fortalecer la articulación territorial e identificar factores determinantes que incidan en la situación nutricional de la población.</p>	<p>Se realizo articulación con la psicóloga al equipo de vacunación del hospital Emiro quintero cañizares de Ocaña, para realizar actualización de vacunas pendientes con los usuarios del programa.</p>	<p>Anexo: 4: Articulación con atenciones priorizadas en vacunación.</p>
5	<p>Asegurar la entrega completa y oportuna de la Ración Familiar Para Preparar – RFPP a la totalidad de los usuarios vinculados, siguiendo los lineamientos técnicos de distribución, registro y trazabilidad establecidos en la Guía Operativa.</p>	<p>Se garantizo la entrega total a los usuarios de la RFPP, siguiendo los lineamientos técnicos de distribución, registro y trazabilidad establecidos en la Guía Operativa.</p>	<p>Anexo No. 5: Evidencia Fotográfica Entrega RFPP</p>

6	Elaborar y entregar el plan de trabajo mensual al coordinador de la Unidad de Servicio (UDS), especificando actividades programadas, metas operativas, cronograma y territorios a intervenir.	Se realiza entrega de cronograma de visitas y entrega RFPP.	Anexo No. 6: Cronograma de Visitas y RFPP
7	Brindar capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como capacitar a los usuarios y sus familias en asuntos relacionados con salud, nutrición, higiene, autocuidado y otras temáticas propias de su área de formación.	Se realizó capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como cualificación a padres de familia con temas relacionados con salud y nutrición.	Anexo No. 7: Evidencias de cualificación al equipo de trabajo y padres de familia.
8	Asistir de manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio.	Se asiste manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio	Anexo No. 8: Asistencia a capacitación por icbf.
9	Presentar un informe mensual de ejecución de actividades, que contenga el detalle de las acciones realizadas, avances frente a las metas asignadas, novedades, dificultades encontradas, usuarios atendidos y resultados obtenidos, adjuntando los respectivos soportes.	Se realizó entrega de informe correspondiente a las visitas de usuarios atendidos y resultados obtenidos, adjuntando los respectivos soportes.	Anexo No. 9: Evidencias de visitas en el hogar.
10	Ejecutar todas las demás actividades que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que estén enmarcadas dentro	Se realizó toma de medidas antropométricas a los usuarios atendidos, así como la entrega de la RFPP.	Anexo No. 10: Encuentros grupales y entrega RFPP

	de las funciones del perfil, los lineamientos del ICBF, y las disposiciones técnicas, administrativas y operativas del convenio.		
--	--	--	--

CONTRATISTA	
NOMBRE	KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ
FIRMA	

ANEXOS

Anexo No. 2: Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF



Anexo No. 3: Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio. Aplicación de F5

[illegible]

<p align="center">PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>		<p>FS MTB PP 25/04/2025</p>
<p align="center">FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN</p>		<p>Versión 2 Página 7 de 9</p>
<p align="center">3. SEGUIMIENTO SOCIAL*</p>		
<p>Número del usuario: <u>Yoda Luciano Meneses M.</u> Documento de identidad: <u>92.109.924.886</u></p>		
<p align="center">Atención</p>		
<p>Fecha: <u>23-04-2025</u></p>	<p>Tema abordado o acciones realizadas de acuerdo con el plan de acompañamiento:</p> <p><u>Empequeñecimiento irreversibles de 4 esquema de Vacunación.</u></p>	<p>Metodología y resultados:</p> <p><u>Se realiza actividad pedagógica donde se enseñó al niño (a) la importancia de las vacunas, obteniendo como resultado la participación de la niña.</u></p>
<p>Fecha: <u>23-04-2025</u></p>	<p>Sequimiento a los factores de riesgo obtenidos en visita anterior.</p> <p><u>Verificar el cumplimiento de factores de riesgo.</u></p>	<p>Se realiza:</p> <p><u>Sequimiento a factores de riesgo identificados. Para verificar el cumplimiento de los compromisos acordados.</u></p> <p><u>Se implementan estrategias para reducir el consumo de frutos y verduras, se disminuyó el consumo de Jemón, se hizo Actividad física. Se brindan estrategias de alimentación. Para el consumo de alimentos.</u></p>
<p>Nombre persona que diligenció: <u>Karen Paola Obispo</u></p> <p>Persona que recibe: <u>Katherine</u></p>		<p>Se incrementa la actividad física en los familiares.</p> <p>Asistir a encuentros familiares y comunitarios para fortalecer los vínculos.</p>
<p>Nombre persona que diligenció: <u>Karen Paola Obispo</u> Cargo: <u>Aux. Enfermería</u></p> <p>Persona que recibe: <u>Katherine</u> Tarjeta profesional: <u>aplica</u></p>		
<p><small>*Este formato para el seguimiento social se debe diligenciar el cumplimiento de los compromisos y el plan de acompañamiento (seguimiento) 1 y 2. En caso de no haberse cumplido, se debe diligenciar el formato de seguimiento social de la siguiente manera:</small></p>		

Anexo No. 4: Realizar el acercamiento con actores clave del territorio, incluyendo líderes comunitarios, instituciones de salud, autoridades locales y organizaciones sociales, con el fin de fortalecer la articulación territorial e identificar. Articulación con vacunación



Anexo: No. 5: Asegurar la entrega completa y oportuna de la Ración Familiar Para Preparar – RFPP a la totalidad de los usuarios vinculados,



Anexo No. 6: Elaborar y entregar el plan de trabajo mensual al coordinador de la Unidad de Servicio (UDS), especificando actividades programadas, metas operativas, cronograma y territorios a intervenir. Cronograma

PROFESIONAL	ENFERMERIA
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Realizar visitas de seguimiento a usuarios niñas y niños, menores de 5 Años. Y madres y personas en gestación. Que se encuentren ubicados en la clasificación nutricional con signos físicos asociados a desnutrición aguda (moderada o severa).- Aplicar y diligenciar el Formato F5: Identificación de factores protectores y de riesgo y seguimiento de compromisos, durante el espacio de fortalecimiento familiar en el hogar (visita al hogar), en el componente de salud.- Brindar a través de estrategias pedagógicas, Educación para la salud alimentaria en los espacios de fortalecimiento familiar en el hogar y en los encuentros grupales.
META	Brindar acompañamiento en salud alimentaria y de gestión a los factores de riesgo identificados en el hogar del usuario atendido con el fin de dar solución o mitigar al mismo.
METODOLOGIA	Fortalecimiento espacio familiar en el hogar - Visitas domiciliarias de seguimiento a usuarios
TEMA	Temática sujeta a indicadores y factores de riesgo identificados en el hogar.
VISITAS X MES	25 visitas de seguimiento en salud alimentaria.

PROFESIONAL	ENFERMERIA
SEMANA	3 al 7 de Noviembre de 2025
N° VISITAS	10 visitas de seguimiento nutricional
Grupo 1	Barrios: Villa cabrales, villa Karina, villa maria, villa paraiso, vicentinas, palmeras, buenos aires, brisas laguna.
Grupo 2	Barrios: Pueblo nuevo, villa carolina, villa nueva, landia, libertad, modelo, marabelito, san fermin.
Grupo 3	Barrios: Santa clara, colinas de la provincia, Sauces, asovegiron, Cristales, galán, ferias, filipote.

PROFESIONAL	ENFERMERIA
SEMANA	10 al 14 de Noviembre de 2025
N° VISITAS	10 visitas de seguimiento nutricional
Grupo 1	Barrios: Llano, sesquicentenario, el Carmen, simón bolívar, brisas polaco, hatillo, olivos, Olaya herrera.
Grupo 2	Barrios: Miradores florida, cuarto centenario, marabel, juan 23, tejariño.
Grupo 3	Barrios: Comuneros, cristo rey, transparencia 1, Dorado, fundadores, ciudadela deportiva, santa lucia, belén.

PROFESIONAL	ENFERMERIA
SEMANA	17 al 20 de Noviembre de 2025
N° VISITAS	5 visitas de seguimiento nutricional
Grupo 1	Barrios: mercedes, almendros, bambo, Betania, bosque, promesa de DIOS, san Antonio.
Grupo 2	Barrios: 2 octubre, 9 octubre, 12 octubre, altos del norte, arales, villa Elvia, villa mar, la perla.
Grupo 3	Barrios: Torcoroma, juan 23, santa cruz, molino, san fermin, mercedes, palomar.

Anexo Nol 7. Brindar capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como capacitar a los usuarios y sus familias en asuntos relacionados con salud, nutrición.



- Capacitación a usuarios UDS Ocaña sobre la Importancia del esquema de Vacunación y las enfermedades inmunoprevenibles.



Anexo No. 8: Asistir de manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio



Anexo No. 9: Presentar un informe mensual de ejecución de actividades, que contenga el detalle de las acciones realizadas, avances frente a las metas asignadas, novedades, dificultades encontradas, usuarios atendidos. Encuentros en el hogar

- Informe de encuentros en el Hogar

PROGRAMA INTENSIVO
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN - OCAÑA

CRONOGRAMA

SEGUIMIENTO DETALLADO A ACTIVIDADES
ACOMPANAMIENTO FAMILIAR

UDS 2 OCAÑA

NOVIEMBRE/2025

CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO DETALLADO A ACTIVIDADES
PLAN DE ACOMPANAMIENTO FAMILIAR

VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO A USUARIOS			
RESPONSABLE ACOMPANAMIENTO FAMILIAR	FECHA	HORA	LUGAR
1. CUSTALIP EPOVIERA	11/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
2. CUSTALIP EPOVIERA	12/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
3. CUSTALIP EPOVIERA	13/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
4. CUSTALIP EPOVIERA	14/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
5. CUSTALIP EPOVIERA	15/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
6. CUSTALIP EPOVIERA	16/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
7. CUSTALIP EPOVIERA	17/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
8. CUSTALIP EPOVIERA	18/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
9. CUSTALIP EPOVIERA	19/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
10. CUSTALIP EPOVIERA	20/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
11. CUSTALIP EPOVIERA	21/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
12. CUSTALIP EPOVIERA	22/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
13. CUSTALIP EPOVIERA	23/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
14. CUSTALIP EPOVIERA	24/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
15. CUSTALIP EPOVIERA	25/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
16. CUSTALIP EPOVIERA	26/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
17. CUSTALIP EPOVIERA	27/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
18. CUSTALIP EPOVIERA	28/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
19. CUSTALIP EPOVIERA	29/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA
20. CUSTALIP EPOVIERA	30/11/2025	10:00	UDS 2 OCAÑA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

- Evidencias fotográficas en Encuentros en el hogar.



Anexo No. 10: Ejecutar todas las demás actividades que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que estén enmarcadas dentro de las funciones del perfil, los lineamientos del ICBF, y las disposiciones técnicas, administrativas y operativas del convenio. Encuentros grupales

- Realización del control Social de la RFPP



DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91890351	\$525.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	212.400	0		0		0	0	0	0	212.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	271.800	0	0	0	0	0	0		271.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	41.400				41.400	0	0	41.400			414	41.400	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	212.400	212.400
Pensión	1	271.800	271.800
Riesgos Laborales	1	41.400	41.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	525.600	525.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1091667861	KAREN PAOLA CLAVIJO LOPEZ		calle 2 14A 33	607610237	karenci0923@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			NORTE DE SANTANDE	OCAÑA	
						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
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91890351	\$525.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	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	1091667861	CLAVIJO LOPEZ KAREN PAOLA	59	0		N																			230301	1.698.500	271.800	0	0	0	0	EPS005	1.698.500	212.400	14-23	1.698.500	3	41.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141021737555			
		 (415)7707212489984(8020) 000014102173755 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 9 1 6 6 7 8 6 1		6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos de Cédula		14. Buzón electrónico 7
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de identificación 1 0 9 1 6 6 7 8 6 1		27. Fecha expedición 2 0 1 0, 0 7, 2 2
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Norte de Santander		30. Ciudad/Municipio Ocaña	
31. Primer apellido CLAVIJO		32. Segundo apellido LOPEZ		33. Primer nombre KAREN	
35. Razón social		34. Otros nombres PAOLA		37. Dígito	
36. Nombre comercial					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Norte de Santander		40. Ciudad/Municipio Ocaña	
41. Dirección principal CL 14 14 A 33 BRR JUAN XXIII					
42. Correo electrónico karenci0923@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 3 3 7 9 2 3 0 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 9 9	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 7, 0 5, 0 3	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código 5 1 3 2
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de folios: 0					
61. Fecha 2024 - 04 - 18 / 15 : 11: 55					
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: Karen Paola Clavijo L.					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: RODRIGUEZ RODRIGUEZ LINA MARCELA					
984. Nombre					
985. Cargo Gestor II					

Fecha generación documento PDF: 18-04-2024 03:12:00PM