

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-11-01	<b>Hasta:</b>	2025-11-30
<b>Nombre del Contratista:</b>	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY		<b>Número de Documento:</b>	1085260720
<b>Correo Electrónico:</b>	diana08214@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3103711602
<b>Nombre del Supervisor:</b>	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	<b>Código Grado:</b> - 009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5697-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L02VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	148	0	127620	\$18887760	49.3%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 18887760</b>	<b>DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-05-12			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-06-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-06-24	2025-08-15	1	\$ 23609700	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	\$ 50154660	1314
3	2025-10-20	2025-11-30	3	\$ 20802060	1767
4	2025-11-14	2026-01-16	4	\$ 22716360	1890
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	MAYO			\$ 4466700	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>		
2	JUNIO	\$ 14803920
3	JULIO	\$ 21312540
4	AGOSTO	\$ 28076400
5	SEPTIEMBRE	\$ 20802060
6	OCTUBRE	\$ 20163960
7	NOVIEMBRE	\$ 18887760

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 56152800	\$ 173435580	\$ 128513340	\$ 44922240

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1 Prestar servicios de perfil (medico(a) especializado(a)) como medico radiologo, acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Prestar servicios de estudios imagenológicos (ecografías, Doppler) de forma eficaz, respetuosa y de calidad.	-Servicio al paciente de óptima calidad sin evidenciar PQR. Dejar constancia de reportes en dinámica.
2 Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Brindar atención integral a los pacientes desde mi especialidad.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
3 Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Subir a sistema e historia clínica del paciente de forma inmediata, efectiva y optima los reportes de los estudios imagenológicos realizados.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
4 Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Actualizarme en los nuevos métodos de mi especialidad. Realizar la atención de los usuarios con todos los protocolos de bioseguridad.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
5	Aportar los datos correspondientes que permitan la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud, oportunidad, calidad, pertinencia y adherencia.	-Diligenciar todos los formatos del servicio. Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante.	-Excel y dinámica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-informar sobre estado de paciente a servicio tratante de forma eficaz para contribuir a su evolución.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
7	Apoyar el diagnóstico mediante la interpretación de las imágenes diagnósticas para el tratamiento médico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Informar, explicar y resolver dudas sobre los resultados del estudio imagenológico a paciente y/o familiar.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Brindar atención integral a los pacientes desde mi especialidad.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior de el \$ 20163960	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	OCTUBRE	2025	11	14	90832178	DAE-142		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTE MILLONES CIENTOSESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 8065584	\$ 1290493	\$ 1434400
Salud					SÁNTAS		\$ 1008198	\$ 1054700
ARL				3	SURA		\$ 196478	\$ 205700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 2340793</b>	<b>\$ 2694800</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	0570106070373555	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA ALEJA ENRIQUEZ ARISMENDY		2025-11-27 14:58:21		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA ALEJA ENRIQUEZ ARISMENDY		2025-11-28 16:16:52		
RECHAZADO SUPERVISOR				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-11-28 21:04:05		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA ALEJA ENRIQUEZ ARISMENDY		2025-11-28 23:15:20		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-11-28 23:23:31		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-11-30 21:10:31		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-10 12:39:51		

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.



**MARIA CAROLINA LEAL APONTE**  
**DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS**

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
54bb01269191f644720546ec7a071bcd60d6860b68ccb95783e91912f6593386f1f5bb66f038c4a715122587c754aed  
Número de Factura: DAE-142  
Fecha de Emisión: 28/11/2025  
Fecha de Vencimiento: 28/12/2025  
Tipo de Operación: 10 - Estándar  
Forma de pago: Crédito  
Medio de Pago: Transferecia Crédito  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA  
Nombre Comercial: ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA  
Nit del Emisor: 1085260720  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: O-47  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8621  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CR 14 112 73 AP 410 BRR SANTA BARBARA  
Teléfono / Móvil: 3103711602  
Correo: diana08214@hotmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900958564  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: O-13  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CR 20 47 B 35 SUR  
Teléfono / Móvil: 7300000  
Correo: contabilidad@subredsur.gov.co

## Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	02	HONORARIOS MEDICOS E ESPECIALIZADOS EN RADIOLOGIA	HUR	148,00	\$ 127.620,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 18.887.760,00

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



Documento generado el:  
28/11/2025 16:08:12  
Documento validado por la  
DIAN:  
28/11/2025 16:08:12  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
<b>Subtotal</b>	18887760
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	18887760
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	18887760
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 18887760</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
<b>Subtotal</b>	18.887.760,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	18.887.760,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	18.887.760,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 18.887.760,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00
<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764102238996 Rango desde: 142 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-05-28

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085260720	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY		Carrera 72 c # 22 a-24 apto 712	3103711602	diana08214@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	90832178	\$2.694.800	

## 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	1.050.000	0		0		0	7	4.700	0	1.054.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.344.000	0	0	42.000	42.000	7	6.000	400	1.434.400	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	204.700				204.700	7	1.000	205.700			2.047	205.700	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
<b>SENA</b>				
0	7	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	7	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.050.000	1.054.700
Pensión	1	1.428.000	1.434.400
Riesgos Laborales	1	204.700	205.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.682.700</b>	<b>2.694.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085260720	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY		Carrera 72 c # 22 a-24 apto 712	3103711602	diana08214@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	90832178	\$2.694.800		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exerce	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CDR	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	1085260720	ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA	59	0		N																		25-14	8.400.000	1.344.000	0	0	42.000	42.000	EPS005	8.400.000	1.050.000	14-11	8.400.000	3	204.700		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



Buscar...

- Búsqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO MAYO DIANA ENRIQUEZ.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO DIANA ENRIQUEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO JUNIO DIANA ENRIQUEZ.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO DIANA ENRIQUEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO JULIO DIANA ENRIQUEZ.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO DIANA ENRIQUEZ.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO INDUCCION Y REINDUCCIO DIANA ARISMENDY.pdf	CERTIFICADO INDUCCION Y REINDUCCIO DIANA ARISMENDY.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

### Datos guardados

<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO POLITICA DE INTEGRIDAD DIANA ARISMENDY.pdf	CERTIFICADO POLITICA DE INTEGRIDAD DIANA ARISMENDY.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTR 5697-2025.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO CTR 5697-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTR 5697-2025.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE CTR 5697-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTR 5697-2025.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE CTR 5697-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

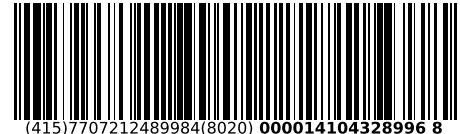
Cargar nuevo



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141043289968



(415)7707212489984(8020) 000014104328996 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 5 2 6 0 7 2 0	6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---	------------	--	------------------------------

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza <input type="checkbox"/>	63. Formas asociativas <input type="checkbox"/>	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados <input type="checkbox"/>
65. Fondos <input type="checkbox"/>	66. Cooperativas <input type="checkbox"/>	67. Sociedades y organismos extranjeros <input type="checkbox"/>
68. Sin personería jurídica <input type="checkbox"/>	69. Otras organizaciones no clasificadas <input type="checkbox"/>	70. Beneficio <input type="checkbox"/>

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	_____	_____	82. Nacional _____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público _____ %
73. Fecha	_____	_____	84. Nacional privado _____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero _____ %
75. Entidad de registro	_____	_____	86. Extranjero público _____ %
76. Fecha de registro	_____	_____	87. Extranjero privado _____ %
77. No. Matrícula mercantil	_____	_____	
78. Departamento	_____	_____	
79. Ciudad/Municipio	_____	_____	
Vigencia			
80. Desde	_____	_____	
81. Hasta	_____	_____	

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 2 5	2 0 2 3 0 2 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica <input type="checkbox"/>	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			