| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JAIRO TEJERA HERNANDEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 72201591 | |
| CORREO ELECTRONICO: | jairotejerahernandez@gmail.com | | | | CELULAR: | 3153038782 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10A11 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 10715826335 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2313 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2169 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 48403 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $21,631,920 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $194,146,482 |
| VALOR EJECUTADO | $194,146,482 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $21,631,920 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9493655572 | $8,652,768 | $1,081,596 | $1,384,443 | 3 | $210,781 | $2,676,820 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto Goenaga
72161935
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | Se solicitaron procedimientos diagnósticos como ecografías, imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio, así como terapias ajustadas al plan integral de cuidado de los pacientes con patologías crónicas y agudas | Realización de actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Se realizaron los registros médicos de los pacientes cumpliendo con las normativas legales vigentes, asegurando confidencialidad y precisión en la información ingresada en la historia clínica | Cumplimiento de exigencias legales y éticas en la historia clínica |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Se realizaron los informes de los procedimientos e intervenciones realizadas, garantizando el cumplimiento de los registros solicitados por la Subred para fines de facturación y costos | Registro de atención y procedimientos para mantener actualizados informes estadísticos |
| Participar en la programación de actividades del área. | Se participó en reuniones de planificación y coordinación de actividades del equipo de salud, estudiantes y residentes garantizando una adecuada atención al paciente de las áreas de urgencias, sala general y observación en el Hospital Kennedy | Se participó en la programación de actividades del área |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred | Se está atento a reportar eventos de notificación obligatoria en las áreas de urgencias, sala general y observación, para cumplir la oportunidad establecida en la subred | Reporte de eventos de notificación obligatoria |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Se notificaron oportunamente las fallas de calidad del servicio y se colaboró en los análisis de casos para implementar acciones de mejora | Notificación de fallas de calidad y análisis de mejoras |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | Se impartieron instrucciones precisas al equipo asistencial como estudiantes, residentes y demás equipo asistencial sobre los procedimientos a realizar en cada paciente, asegurando una correcta ejecución de las órdenes médicas y tratamientos | Se dieron Instrucciones al equipo de salud como estudiantes y residentes sobre procedimientos ordenados al paciente |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se diligenciaron correctamente los formatos clínicos asegurando legibilidad y cumplimiento con los criterios de oportunidad e integralidad. en las áreas de urgencias, sala general y observación | Diligenciamiento adecuado de los formatos e instrumentos |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Se realizó diligenciamiento de consentimiento informado de cada paciente que lo requirió cumpliendo con los requerimientos legales | Diligenciamiento del consentimiento informado |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Se realizó seguimiento continuo a los pacientes bajo tratamiento médico, asegurando una adecuada evolución según lo requerido en las áreas de sala general, urgencias y observación, retroalimentando también a los residentes | Seguimiento y control a pacientes |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se informó de manera clara y comprensible a los pacientes y sus familiares sobre su estado de salud, plan de manejo y procedimientos a seguir en las áreas de urgencias, sala general y observación | Información a pacientes y familias sobre su condición de salud |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Se emitieron conceptos médicos a los estudiantes, residentes y otros asistenciales para el cumplimiento de requisitos institucionales y legales, siguiendo lineamientos de la Subred | Emisión de conceptos médicos |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Se apoya en el cumplimiento de las normas del seguimiento de los estándares del sistema de calidad establecido por la Subred | Apoyo en el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad |

Copia Centro de la Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Se realizó el informe mensual dirigido al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento de este de las labores realizadas en las áreas de urgencias, sala general y observación en el Hospital de Kennedy | Elaboración de informes mensuales para la supervisión del contrato |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Se está realizando el uso adecuado de los insumos y equipos médicos asignados, garantizando su correcto uso y retorno en caso de finalización del contrato | Responsabilidad sobre los elementos entregados para ejecución de mi labor |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asistí y participé activamente en reuniones y capacitaciones en el Hospital Kennedy | Participación en jornadas de capacitación y reuniones |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Conozco los procedimientos establecidos por la subred y doy cumplimiento a los mismos, además de apoyar para su implementación | Cumplimiento de los procedimientos establecidos por la Subred |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales | Participé en actividades de cooperación, según los requerimientos de la Subred | Apoyo en actividades interinstitucionales y extrainstitucionales |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Se realizan los registros de historia clínica de cada paciente, desde el ingreso, evolución, tratamiento y seguimiento hasta dar de alta, teniendo en cuenta un enfoque humanizado e integral para la mejor atención del paciente | Registro de actividades relacionadas con la prestación del servicio en las áreas de urgencias, sala general y observación |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | He participado en las investigaciones adelantadas en la subred, con el fin de tener nuevas alternativas de diagnóstico e intervención a pacientes oportunamente | Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Se realizará con la mejor disposición la supervisión de los contratos que me sean asignados | Supervisión de contratos asignados |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se adjunta planilla correspondiente al mes de septiembre del 2025. | Entrega de planilla del pago de sistema de seguridad social |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Se realizan con la mejor disposición las demás actividades inherentes al contrato | Realización de actividades adicionales asignadas por el contrato |

Jaime Alberto Goenaga
72161935
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Suroccidente

Espacio para
Logo Corporativo

**JAIRO JUNIOR TEJERA HERNANDEZ**
NIT 72.201.591-6
CARRERA 52 # 85 - 44
Tel: 3164069521
Barranquilla - Colombia
jairotejerahernandez@gmail.com

Factura electrónica de venta
**No. FE 536**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (031) 4480030 - Ext. 000 |
| **Dirección** | AV 1 MAYO 40B-54 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 22/10/2025, 15:03 |
| **Expedición** | 22/10/2025, 15:03 |
| **Vencimiento** | 22/10/2025 |

| Ítem | Descripción | Vr. Bruto |
|---|---|---|
| 1 | SERVICIOS MEDICO INTERNISTA EN LA SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.. | 21,631,920.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 21,631,920.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 21,631,920.00 |

**Valor en Letras:**
Veintiun millones seiscientos treinta y un mil novecientos veinte pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 21,631,920.00

**Observaciones:**
TURNOS REALIZADOS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2025, EN EL HOSPITAL DE KENNEDY.

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764097532284 aprobado en 20250825 prefijo FE desde el número 531 al 900 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** c9151905aa3baad1e6a3f4b3a2c570ecd22d5cc3a9bca2046bbf57f66a86bd67b23db5dadb28c8552c8fd2feef68f4ba

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 72201591 | | TEJERA HERNANDEZ JAIRO JUNIOR | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 68C 23-31 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3153038782 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1871442125 | 9493655572 | I | 2025/10/22 | 2025/10/22 | BANCOLOMBIA | 0 | $2,763,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 72201591 | TEJERAHERNANDEZ JAIRO JUNIOR | 25-14 | 30 | $8,653,000 | $1,471,050 | EPS005 | 30 | $8,653,000 | $1.081,650 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $8,653,000 | $210,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$8,653,000** | **$1.471,050** | | | **$8,653,000** | **$1.081,650** | | | **$0** | **$0** | | | **$8,653,000** | **$210,800** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,471,050 | $0 | $0 | $1,471,050 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $1,471,050 | $0 | $0 | $1,471,050 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $210,800 | $0 | $0 | $210,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $210,800 | $0 | $0 | $210,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,081,650 | $0 | $0 | $1,081,650 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $1,081,650 | $0 | $0 | $1,081,650 |
| TOTAL | | | | 1 | $2,763,500 | $0 | $0 | $2,763,500 |



2025/10/22 02:39 PM

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

Porcentaje | Recepción de artículos

## 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 68CUENTA COBRO FEB 2025 TEJERA JAIRO.pdf | 68CUENTA COBRO FEB 2025 TEJERA JAIRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA - FEBRERO 2025.pdf (Archivado) | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA - FEBRERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA - MARZO 2025.pdf (Archivado) | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA - MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - FEBRERO 2025.pdf | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - FEBRERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - MARZO 2025.pdf | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - ABRIL 2025.pdf | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - MAYO 2025.pdf | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - JUNIO 2025.pdf | CTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CERTIFICADOS DE CURSOS JAIRO TEJERA.pdf | CERTIFICADOS DE CURSOS JAIRO TEJERA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - JULIO 2025.pdf.pdf | CUENTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - JULIO 2025.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - AGOSTO 2025.pdf.pdf | CUENTA COBRO CONTRATO 2313-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ - AGOSTO 2025.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA COBRO CONTRATO 2013-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ -SEPTIEMBRE 2025.pdf | CTA COBRO CONTRATO 2013-2025 - JAIRO TEJERA HERNANDEZ -SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

ARL

Medellin, 26 de noviembre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:**

Que **JAIRO JUNIOR TEJERA HERNANDEZ** con documento de identidad **C72201591**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

| Información general de la afiliación | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
| 2025-09-16 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141186893216

(415)7707212489984(8020) **000014118689321 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 2 2 0 1 5 9 1 | 6 | Impuestos de Barranquilla 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 | 7 2 2 0 1 5 9 1 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TEJERA | HERNANDEZ | JAIRO | JUNIOR |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 43 B 112 89

42. Correo electrónico: jairotejerahernandez@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 1 1 0 9 3 1 | 3 1 5 3 0 3 8 7 8 2 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 6 2 1 | 2 0 0 9 0 9 0 4 | 8 6 1 0 | 2 0 0 9 0 9 0 4 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

## 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 1 | 6 | 2 | 2 | 4 | 7 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16- Obligación facturar por ingresos bienes

22- Obligado a cumplir deberes formales a

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

52 - Facturador electrónico

## 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 TEJERA HERNANDEZ JAIRO JUNIOR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141186893216

(415)7707212489984(8020) **000014118689321 6**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 2 2 0 1 5 9 1 | 6 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | | |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | | |
| 79. Ciudad/Municipio | | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 1 6 | 2 0 2 5 0 1 2 6 | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO