Espacio para
Logo Corporativo

FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
NIT 52.818.746-7
Cra 70 b n 24 d 22 t 3 1101
Tel: (601)
Bogotá - Colombia
drafedra@gmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
No. FS 67

Señores	GOBERNACION DE CUNDINAMARCA		
NIT	899.999.114-0	**Teléfono**	(601) 7490000
Dirección	CALLE 26 No 51 - 53	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	02/12/2025, 07:57
Expedición	02/12/2025, 07:57
Vencimiento	02/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SS-CD-PSP-402-2025 GOBERNACION DE CUNDINAMARCA	1.00	8,248,043.00

Total items: 1

Total Bruto	8,248,043.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	8,248,043.00

Valor en Letras:
Ocho millones doscientos cuarenta y ocho mil cuarenta y tres pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 8,248,043.00

Observaciones:
Favor consignar a la cuenta de ahorros 009200384288 del bando davivienda

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 matenalmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764093329357 aprobado en 20250520 prefijo FS desde el número 51 al 4000 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: a4f25dd9c6def9d7d622588b2a12368e30e0a686f2f1cff10574dc01c47ed83386dbb8b215ecfc3cf6ea732e15b9b18b

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

02/12/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52818746**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**009200384288**
Fecha de apertura	**23/01/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código A-GF-FR-025
		Versión 6
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha 09/diciembre/2024

FECHA: DÍA 04 | MES 02 | AÑO 2025

Marcar sólo una opción 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA / ENTIDAD	Salud
¿CUAL?	
4. CONTRATO	SS-CD-PSP- año 2025
5. CONVENIO	año

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT No 52818746 DV 7
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No 52818746 DV 7
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CRA 70 B N 24 D 22 T 3 AP 1101
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Bogotá D.C -Bogotá D.C
12. TELÉFONO	12 CELULAR 3002903173
13. CORREO ELECTRÓNICO	Indefino

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco Davivienda S.A Cód. 1051
Si selecciona "Otra Entidad" por favor especifique ¿Cuál?	
16. No CUENTA BANCARIA	000200384288 17. TIPO Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

18. PERSONA	Natural
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No aplica No

La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica

20. NATURALEZA	Privada ¿CUAL?
21. REGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No RESOLUCIÓN [ ]
	AUTORRETENEDOR IVA [ ] No RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR ICA [ ] No RESOLUCIÓN [ ]
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL 69102 Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal
	SECUNDARIA
24. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL CIIU 69102 7.66 x 1000
	SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 N° 51 - 53, identificada con el NIT 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co

ANEXOS

1 Fotocopia del documento de identidad	Si
2 Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	Si
3 Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	
4 Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta IVA, ICA (Cuando aplique)	
5 Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

52818746
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RUBRO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
26. CUENTA ASOCIADA	Otra cuenta ¿CUAL? 2480040000
27. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
28. VIAS DE PAGO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETENTE	TARIFA 1 RH18 Ret. >95 hasta 150 10% Ley 2010 de 12-19
	TARIFA 2
	TARIFA 3
30. ICA	TARIFA 1 ISO8 Ret. ICA Svc Prof Liberal y otros 7.66 x 1000
	TARIFA 2
	TARIFA 3
31. RETENCIÓN DE IVA	RI05 Retenc aplicable a compras 15%
	RI07 Retenc aplicable a servicios 15%
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1
33. ESTAMPILLAS	Aplica - PC01 Pro Cultura 1% -PD02 Predesarrollo 2% -PH01 Pro Hospitales 2% -PE18 Pro Electrificación Rural del 0.2% -UC04 Pro Universidad de Cundinamarca 1.5% -AM01 Bienestar del Adulto Mayor 2%
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 16 | MES 02 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. SUTRAGO PUENTES

REVISADO POR:

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-PSP-402-2025

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 10	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.11.2025 hasta el 30.11.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	05.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ
NIT / C.C.:	52818746
Supervisor:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
Cargo:	SUBDIRECTOR TÉCNICO
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LA SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PROPENDAN POR EL F ORTALECIMIENTO, MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CASOS ESPECIALES Y MORTALIDADES CONSECUENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	26.02.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	28.02.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100063714, 7100070007,7100072242
Registro Presupuestal	4600029884, 4700012898
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$65,984,344
Adición	$17,595,825
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$83,580,169
Plazo de Ejecución Inicial	8 MESES
Prorroga No.	1
Plazo de Ejecución Final	DIEZ (10) MESES Y CUATRO (4) DÍAS
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	31.12.2025
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	No aplica
Garantía de Cumplimiento	No aplica
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	No aplica

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

12/12/2025

Porcentaje de avance: 90%

1.Participar en las unidades de análisis de mortalidad y gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes, conforme a la línea técnica establecida por los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

•Actividad Asistir a las unidades de análisis de mortalidad convocadas para los eventos de interés en salud pública que se requieran para gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes.
•Producto 1 → Realización de 6 unidades de análisis de mortalidad: 3 UA mortalidad perinatal (Chía y Chipaque), 1 UA de mortalidad por IRA en menor de 5 años (Carmen de Carupa), 1 UA de tos ferina, 1 de Enfermedad Diarreica

2.Asistir a un mínimo de dos desplazamientos a los municipios, con el fin de llevar a cabo asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos y la atención de eventos de interés en salud pública, así como otras actividades requeridas en el proceso de vigilancia dirigida a la red informadora de la vigilancia departamental, de acuerdo con la línea técnica establecida.
•Actividad Asistencia técnica a los municipios
•Producto 2 Se realizo asistencia técnica en Fortalecimiento técnico a cerca de atención del recién nacido de acuerdo a la resolución 3280 de 2018 en Nimaima (12 asistentes) Y Nocaima (13 asistentes)

3.Asistir y aportar a los espacios de análisis, tales como los comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de riesgo, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) liderados por el Departamento, mesas de trabajo y observatorios asignados, con el fin de contribuir en los procesos de evaluación, análisis y toma de decisiones relacionados con la vigilancia epidemiológica.

•Actividad Asistir y aportar a COVE, SAR y/o COVECOM.
•Producto 3 Asistencia y participación en el Pre- COVE y COVE de Noviembre de 2025.

4.Asesorar en la revisión y definición de los casos especiales de difícil manejo, así como en la elaboración de los planes de mejoramiento emitidos después de las unidades de análisis, garantizando que se tomen las acciones correctivas necesarias para mejorar la gestión y resolución de los casos.

•Actividad Realizar análisis de casos especiales.
•Producto 4 No requerido el producto para este mes..

5.Participar en el Comité de Expertos de Análisis de Casos, enfocado en eventos de interés en salud pública, brindando análisis, recomendaciones y apoyo técnico para la identificación, evaluación y manejo adecuado de los casos.

•Actividad Asistir al comité de expertos de unidades de análisis
•Producto 5 No requerido el producto para este mes.

6.Elaborar los procesos de análisis e investigación relacionados con los eventos de interés en salud pública ocurridos en el Departamento de Cundinamarca.

•Actividad Informe o acta de análisis de los eventos de interés en salud pública
•Producto 6 No requerido el producto para este mes.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300139483	06.05.2025	$824,804
3300144426	12.06.2025	$8,248,043
3300146536	27.06.2025	$8,248,043
3300150715	29.07.2025	$8,248,043
3300152416	12.08.2025	$8,248,043
3300156491	10.09.2025	$8,248,043
3300160796	10.10.2025	$8,248,043
3300164000	05.11.2025	$8,248,043
3300169326	03.12.2025	$7,423,239
3300169329	03.12.2025	$824,804

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

El contrato se ejecuta con normalidad

FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR TÉCNICO

1217075

INFORME CONTRATISTA

DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA: FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ No. De CONTRATO: **SS-CD-PSP-402-2025**

Plazo de ejecución: diez (10) meses y cuatro días.

Fecha de inicio: 28 de febrero de 2025

Fecha de terminación: 31 de diciembre de 2025

OBJETO DEL CONTRATO: "Prestar servicios especializados a la subdirección de vigilancia de salud pública en la ejecución de acciones que propendan por el fortalecimiento, mediante el análisis de casos especiales y mortalidades consecuencia de eventos de interés en salud publica en el departamento de Cundinamarca.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO:

1. Participar en las unidades de análisis de mortalidad y gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes, conforme a la línea técnica establecida por los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

- Actividad → Asistir a las unidades de análisis de mortalidad convocadas para los eventos de interés en salud pública que se requieran para gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes.

- Producto 4→ No requerido el producto para este mes..

5. Participar en el Comité de Expertos de Análisis de Casos, enfocado en eventos de interés en salud pública, brindando análisis, recomendaciones y apoyo técnico para la identificación, evaluación y manejo adecuado de los casos.

   - Actividad → Asistir al comité de expertos de unidades de análisis

   - Producto 5 → No requerido el producto para este mes.

6. Elaborar los procesos de análisis e investigación relacionados con los eventos de interés en salud pública ocurridos en el Departamento de Cundinamarca.

   - Actividad → Informe o acta de análisis de los eventos de interés en salud pública
   - Producto 6 → No requerido el producto para este mes.

Atentamente:



FEDRA PAOLA SANCHEZ R.

MEDICO PEDIATRA

SDS CUNDINAMARCA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52818746	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ	CRA 70 B N 24 D 22 T 3 APTO 1101	6017391010	drafedra@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	91471321	$4.614.600

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.804.900	0		0		0	1	1.200	0	1.806.100	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	2.310.300	0	0	72.200	72.200	1	1.500	200	2.456.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	351.800				351.800	1	300	352.100			3.518	352.100	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	1.804.900	1.806.100
Pensión	1	2.454.700	2.456.400
Riesgos Laborales	1	351.800	352.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.611.400	4.614.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52818746	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ		CRA 70 B N 24 D 22 T 3 APTO 1101	6017391010	drafedra@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	91471371	$4.614.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dptmnto	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suncorvido	VSP	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VLP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	52818746	SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA	59	0			N																	25-14	14.438.968	2.310.300	0	0	72.200	72.200	EPS010	14.438.968	1.804.900	14-23	14.438.968	3	351.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141158546865

(415)7707212489984(8020) 000014115854686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
5 2 8 1 8 7 4 6	7	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	52818746	

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
SANCHEZ	RODRIGUEZ	FEDRA	PAOLA

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 70 B 24 D 22 TO 3 AP 1101

42. Correo electrónico: drafedra@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 0 0 2 9 0 3 1 7 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 5 1 2 0 1	6 9 1 0	2 0 1 8 0 4 0 9				2 2 2 1	

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 5	1 6	2 2	4 9	5 2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
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: SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 01-12-2025 11 32 43AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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	
Pago 001	PAGO 1 - CTO 402-2025	22/04/2025 9:43:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	29/04/2025 4:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	824.804 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	FS 51	20/05/2025 3:11:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10/06/2025 3:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	FS 54	16/06/2025 9:13:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	26/06/2025 11:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	FS 56	22/07/2025 3:11:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	29/07/2025 8:16:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	FS 58	4/08/2025 1:26:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10/08/2025 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	FS 60	31/08/2025 6:34:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5/09/2025 5:36:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 007	FS-62	30/09/2025 2:22:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8/10/2025 10:47:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 008	FS 63	23/10/2025 9:53:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	30/10/2025 8:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8.248.043 COP	Pagado	Detalle
Pago 009	FS 65	15 días de tiempo transcurrido *(19/11/2025 10:12:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2 días de tiempo transcurrido *(1/12/2025 4:37:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.423.239 COP	Aceptada	Detalle
Pago 010	FS 65	15 días de tiempo transcurrido *(19/11/2025 10:12:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2 días de tiempo transcurrido *(1/12/2025 4:43:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	824.804 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	402-2025 DELEGACION DE SUPERVISION pdf	402-2025 DELEGACION DE SUPERVISION.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	402-2025 RP.pdf	402-2025 RP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	402-2025- ACTA DE INICIO pdf	402-2025- ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	InformeSupervision 1-SS-CD-PSP-402-2025 (1) pdf (Archivado)	InformeSupervision 1-SS-CD-PSP-402-2025 (1) pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de Supervision 1 SS CD PSP- 402-	Informe de Supervision 1 SS.CD.PSP- 402-	Proveedor	Descargar	Detalle

	PSP-402-2025 pdf (Archivado)	CD-PSP-402-2025.pdf			
☐	INFORME DE SUPERVISION N 2 SS-CD-PSP- 402-2025 pdf	INFORME DE SUPERVISION N 2 SS-CD-PSP- 402-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 3 SS-CD-PSP- 402-2025.pdf	INFORME DE SUPERVISION N 3 SS-CD-PSP- 402-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 4 SS-CD-PSP- 402-2025.pdf pdf	INFORME DE SUPERVISION N 4 SS-CD-PSP- 402-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 5 SS-CD-PSP-402 - 2025 pdf	INFORME DE SUPERVISION N 5 SS-CD-PSP-402 - 2025 pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	REASIGNACION DE SUPERVISION 402-2025.pdf	REASIGNACION DE SUPERVISION 402-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 6 SS-CD-PSP-402 - 2025. pdf	INFORME DE SUPERVISION N 6 SS-CD-PSP-402 - 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 7 SS-CD-PSP-402 - 202.pdf	INFORME DE SUPERVISION N 7 SS-CD-PSP-402 - 202.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 8 SS-CD-PSP-402 - 2025.pdf	INFORME DE SUPERVISION N 8 SS-CD-PSP-402 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	402-2025 RP ADICION No 1.pdf	402-2025 RP ADICION No 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE SUPERVISION N 9 SS-CD-PSP-402 - 2025.pdf	INFORME DE SUPERVISION N 9 SS-CD-PSP-402 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME DE SUPERVISION N 10 SS-CD-PSP-402 - 2025 pdf (Archivado)	INFORME DE SUPERVISION N 10 SS-CD-PSP-402 - 2025 pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Señale con una X y complete

- ○ Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2024** fueron superiores a 4.500 UVT es decir **$ 211.792.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI _X___ NO ___
- ○ Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2024** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$65.891.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI __X__ NO _____
- ○ Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) (AÑO 2024)____
- ○ Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _9'500.000

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ○ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025.** $ __4'200.000_____
- ○ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2025**). ____
- ○ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025.** $_____
- ○ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT , certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025.** $_____
- ○ Los padres y los hermanos de cont5ibuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2025** $_____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
_____NIKOL PAULINA ALMEIDA SANCHEZ _____	_____HIJA_____
_____	_____

- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ __ 1.806.100_____
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ __ 2.456.400_____
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T _____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI _X__ NO ____

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA_____

NOMBRES Y APELLIDOS _FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ

CEDULA __52818746__

Bogotá, D.C., 04 de diciembre de 2025

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada.

Yo, FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ con cédula de ciudadanía No. 52818746 de BOGOTA, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** __X__ **NO** ____ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

Fedra Paola Sánchez Rodríguez
C. C. No. 52818746 expedida en Bogotá.