

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-12-01	Hasta:	2025-12-31
Nombre del Contratista:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		Número de Documento:	52433729
Correo Electrónico:	ximeandrea123@gmail.com		Número Telefónico:	3002065170
Nombre del Supervisor:	RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ	Cargo:	REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO	Código Grado: - 213-32

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2125-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	84	0	96254	\$8085336	47.8%
J09ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	102	18	90846	\$10901520	64.5%
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	36	90846	\$3270456	19.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 22257312	VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-23			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-07-21	NUL	1	\$ 4231320	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	\$ 69302880	1314

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2025-10-20	2025-11-30	3	\$ 18214644	1767
4	2025-11-27	2026-01-16	4	\$ 22516896	1956
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 7955544	
2		FEBRERO		\$ 20751876	
3		MARZO		\$ 23003616	
4		ABRIL		\$ 22328748	
5		MAYO		\$ 22646688	
6		JUNIO		\$ 21906924	
7		JULIO		\$ 20816772	
8		AGOSTO		\$ 22263852	
9		SEPTIEMBRE		\$ 21271044	
10		OCTUBRE		\$ 22614240	
11		NOVIEMBRE		\$ 20686980	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 135178848		\$ 249444588		\$ 226246284	\$ 23198304
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) 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.	--Las actividades las realicé como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA en la Unidad de Meissen en evolución por turno de recién nacidos en alojamiento conjunto y hospitalización. Atención del recién nacido durante el parto. Responder interconsultas del servicios de urgencias. Realizar historia clínica de ingreso de pacientes interinstitucionales y/o remitidos. -		-Historia clínica registrada en aplicativo dinámica gerencial.	
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--Se realizó atención al paciente en pediatría mediante consulta médica o atención en pediatría , valoración del recién nacido , atención en permanencia en alojamiento ,informando su estado de salud, diagnostico, prevención de enfermedades del recién nacido y promoviendo el autocuidado a sus padres. -		-Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencial.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	--Diligencí correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes. -	-Registro en historia clínica del paciente pediátrico en el aplicativo dinámica gerencial.
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Se realizó la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad. -	-Informes y formatos establecidos en la subred sur,
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Informé mediante atención al paciente pediátrico el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. -	-Registré la información del paciente en la historia clínica en el aplicativo dinámica gerencial.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Se realizó la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente. - -	-Historia Clínica diligenciada en el aplicativo dinámica gerencial
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos y alojamiento conjunto. Direccionar para continuar seguimiento y plan de manejo ambulatorio en los casos que requiera atención. -	-Registré en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	--Informé a la madre, padre o familiar autorizado el plan de manejo actual, la evolución, los riesgos y complicaciones presentes o potenciales de los recién nacidos, durante las visitas o en cualquier momento cuando el estado clínico del bebé lo necesite. Plan de tratamiento individual. registro en dinámica gerencial. -	-Registré en Historia Clínica en dinámica gerencial.
9	9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E.	--Se cumplió con las actividades pactadas en las obligaciones del contrato firmado con la Subred Sur y siguiendo los lineamientos establecidos y coordinados con el supervisor del contrato. -	-Cumplimientos de obligaciones establecidas en contrato firmado con la Subred Sur.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato. .	--Programación de actividades por cuadro de actividades con supervisor del contrato

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	NOVIEMBRE	2025	12	11	91716149	FEXG 79	\$ 20686980	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTAPESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 8274792	\$ 1323967	\$ 1532100
Salud					FAMISANAR		\$ 1034349	\$ 1126500
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR		\$ 201574	\$ 219600
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 2401510	\$ 2878200
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	66947048989	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		2025-12-15 15:51:23		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ		2025-12-16 14:12:31		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-18 09:14:03		

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.

Ruth Liliana Lopez Cruz

**RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ
REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE
CANGURO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52433729	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		calle 152 B 59 54 CASA 17	7536480	ximeandrea123@gmail.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	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91716149	\$2.878.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.125.000	0		0		0	2	1.500	0	1.126.500	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	1.440.000	0	0	45.000	45.000	2	1.900	200	1.532.100	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	219.300				219.300	2	300	219.600			2.193	219.600	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	1.125.000	1.126.500
Pensión	1	1.530.000	1.532.100
Riesgos Laborales	1	219.300	219.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.874.300	2.878.200

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52433729	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA	calle 152 B 59 54 CASA 17	7536480	ximeandrea123@gmail.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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91716149	\$2.878.200	

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	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52433729	GARAVITO HIGUERA XIMENA ANDREA	59	0	N																			25-14	9.000.000	1.440.000	0	0	45.000	45.000	EPS017	9.000.000	1.125.000	14-7	9.000.000	3	219.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Factura Electrónica De Venta No. FEXG 79

Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Crédito
Plazo: 30 días
Medio de Pago: Efectivo
Moneda: COP
Total de Líneas: 1

Fecha de Validación: 11/12/2025 07:14 PM
Fecha de Generación: 11/12/2025 07:14 PM
Fecha de Vencimiento: 10/01/2026
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No responsable
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
(49) No responsable de IVA
Actividad Económica: 8621

Emisor : XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
Razón Social: XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
NIT: 52433729
Teléfono: + (57) 3002065170
Correo Electrónico: ximeandrea123@gmail.com
Dirección: Calle 152A # 54C - 24 Casa 17
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Receptor : subred integrada de servicios de salud sur E.S.E
Razón Social SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
NIT: 900958564
Teléfono: +(57) 7 300000
Correo Electrónico: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co
Dirección: CR 20 #47b-35 sur
Responsabilidad Tributaria: ZZ - No Aplica
País: Colombia
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.



#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	8621	prestacion de servicios medicos	prestacion de servicios como medico pediatra unidad Neonatos del 1 al 31 de Diciembre de 2025	1.00	hora de trabajo	22,257,312.00	22,257,312.00	0	0.00	22,257,312.00

Detalles:

Son: VEINTIDÓS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS

CUFE :

1d9831f92afecaf3775533fbfe8ae584eb172f40f8ccce3e8091b1b9ecf904e883110c6a2145500dba73ce732bd01c1d

Detalle de Venta

Subtotal :	COP 22,257,312.00
Descuento :	COP 0.00
Monto Bruto :	COP 22,257,312.00
Monto IVA :	COP 0.00
Total Venta:	COP 22,257,312.00
Total:	COP 22,257,312.00
Saldo Restante:	COP22,257,312.00

Autorizado DIAN para la Facturación Digital.

Generada por:  <https://facto.co>

- 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

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		
<input type="checkbox"/> CUENTA ENERO 2025 DEL 23 AL 31 CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA ENERO 2025 DEL 23 AL 31 CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA JULIO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA JULIO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA AGOSTO 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 - CTO. 2125 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14743767629



(415)7707212489984(8020) 000001474376762 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 4 3 3 7 2 9

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

5 2 4 3 3 7 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GARAVITO

32. Segundo apellido

HIGUERA

33. Primer nombre

XIMENA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 152 A 54 C 24 CA 17

42. Correo electrónico

ximeandrea123@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 5 3 6 4 8 0

45. Teléfono 2

3 0 0 2 0 6 5 1 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0 0 7 0 8

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo