

**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: | ELIAS GONZALEZ | | Número de Documento: | 19366580 | |
| Correo Electrónico: | quitasol56@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3004559504 | |
| Nombre del Supervisor: | JOSEF KLING GOMEZ | Cargo: | MEDICO ESPECIALISTA | Código - Grado: | 213-32 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|----|
| No. Contrato: | 3930-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil: | MÉDICO ESPECIALISTA - CIRUGÍA PEDIÁTRICA | | | | |
| 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 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| A26ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MEISSEN | 24 | 0 | 113619 | \$2726856 | 12.9% |
| C13ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 96 | 90 | 113619 | \$21133134 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 23859990 | VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTAPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-01-21 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-09-20 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 1 | \$ 70102923 | 1314 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | \$ 17042850 | 1767 |
| 3 | 2025-11-27 | 2026-01-16 | 3 | \$ 20451420 | 1956 |
| 4 | 2025-12-11 | | 4 | \$ 3522189 | 2122 |
| 5 | 2025-12-11 | | 5 | \$ 3522189 | 2122 |

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|-------------------------------------|---------------------|---------------|
| 1 | ENERO | \$ 12157233 |
| 2 | FEBRERO | \$ 28631988 |
| 3 | MARZO | \$ 27268560 |
| 4 | ABRIL | \$ 24541704 |
| 5 | MAYO | \$ 23178276 |
| 6 | JUNIO | \$ 22496562 |
| 7 | JULIO | \$ 25223418 |
| 8 | AGOSTO | \$ 23859990 |
| 9 | SEPTIEMBRE | \$ 22496562 |
| 10 | OCTUBRE | \$ 23178276 |
| 11 | NOVIEMBRE | \$ 21133134 |
| 12 | DICIEMBRE | \$ 23859990 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 169065072 | \$ 283706643 | \$ 278025693 | \$ 5680950 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|-----------------------|
| 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. | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA | -HISTORIA CLINICA |
| 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. | -PRESENTA INFORMES Y REPORTES | - INFORMES Y REPORTES |
| 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | -VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO | -HISTORIA CLINICA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|--|---|
| 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. | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS | -GUIAS Y PROTOCOLOS |
| 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. | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO | -HISTORIA CLINICA |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | - PRESENTAR INFORMES Y REPORTE AL JEFE INMEDIATO | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTE AL JEFE INMEDIATO |
| 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. | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTE AL JEFE INMEDIATO | - HISTORIA CLINICA |
| 8 | 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. | -COMUNICACIÓN ASERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES | - HISTORIA CLINICA |
| 9 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO | - INFORMES Y REPORTE |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------|----------------|---|--|-----------------------------|--|-------------------|
| Período al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7995171435 | FVS-112 | \$ 21133134 | |
| 2026 | NOVIEMBRE | 2025 | 12 | 15 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | VEINTIUN MILLONES CIENTOTREINTA Y TRES MIL CIENTOTREINTA Y CUATROPESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | SI | PORVENIR | \$ 8453254 | \$ 1352521 | \$ 0 |
| Salud | | | | | SALUD TOTAL | | \$ 1056657 | \$ 1675000 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 205921 | \$ 326500 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 2453304 | \$ 2001500 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 4870189596 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | ELIAS GONZALEZ | | 2025-12-22 22:53:18 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | JOSEPH KLING GOMEZ | | 2025-12-23 07:49:20 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2025-12-23 10:25:01 | | |
| 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 | | 2026-01-08 16:37:57 | | |

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.



JOSEF KLING GOMEZ
MEDICO ESPECIALISTA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 19366580 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ELIAS GONZALEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | KRA 79 # 19A -28 TO 1 APTO 403 | TELÉFONO: | 3008021 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 7995171435 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: | AÑO: 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/12/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 2004519181 |

NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | TOTALES | |
|--|--|------------|--------------|
| | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

SALUD

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|--------------------|----------|---------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | \$ 1.675.000 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 1.675.000 |

RIESGOS PROFESIONALES

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|------------------|----------|-------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | \$ 326.500 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 326.500 |

| | |
|------------------------|---------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 2.001.500 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 2.001.500 |



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

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 3930-2025 ENERO.pdf | CUENTA 3930-2025 ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 FEBRERO.pdf | CUENTA 3930-2025 FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 MARZO.pdf | CUENTA 3930-2025 MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 ABRIL.pdf | CUENTA 3930-2025 ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 MAYO.pdf | CUENTA 3930-2025 MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 JUNIO.pdf | CUENTA 3930-2025 JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 JULIO.pdf | CUENTA 3930-2025 JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 AGOSTO.pdf | CUENTA 3930-2025 AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 SEPTIEMBRE.pdf | CUENTA 3930-2025 SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 OCTUBRE.pdf | CUENTA 3930-2025 OCTUBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 3930-2025 NOVIEMBRE.pdf | CUENTA 3930-2025 NOVIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
8fffcf8523d809615ababaa9658ac46156e555fdf99bc53a18951f8e1fcda41799a311586e75d84e81580445235dfebe
Número de Factura: FVS-112
Fecha de Emisión: 13/12/2025
Fecha de Vencimiento: 31/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GONZALEZ ELIAS
Nombre Comercial: GONZALEZ ELIAS
Nit del Emisor: 19366580
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 79 19 A 28 TO 1 AP 403 BRR LA FELICIDAD
Teléfono / Móvil: 3008021
Correo: impuestosyasesoria7@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900958564
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47 B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7428585
Correo:
CPS.FACTURACIONELECTRONICA@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 | MEP01 | MEDICO ESPECIALISTA P EDIATRIA | NIU | 210,00 | \$ 113.619,00 | \$ 0,00 | \$ 0,00 | | | | | \$ 23.859.990,00 |

Notas Finales

FACTURA DICIEMBRE 2025
Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 13/12/2025 07:58:12
Documento validado por la DIAN:
 13/12/2025 07:58:13
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |
| Subtotal | |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 23859990 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| Total impuesto (=) | 0 |
| Total neto factura (=) | 23859990 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 23859990 |

Valores informativos

| | |
|--------------------|------|
| ANTICIPOS | |
| Anticipos | 0 |
| RETENCIONES | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |
| Subtotal | |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| Total Bruto Factura | 23.859.990,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| Total impuesto (=) | 0,00 |
| Total neto factura (=) | 23.859.990,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| Total factura (=) | COP \$ \$ 23.859.990,00 |

Valores informativos

| | |
|--------------------|------|
| ANTICIPOS | |
| Anticipos | 0,00 |
| RETENCIONES | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764095929312 Rango desde: 90 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-01-22

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2025_12952177

SUB 211915
04 JUL 2025

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA (PENSION DE VEJEZ)

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **GONZALEZ ELIAS**, identificado(a) con CC No. 19,366,580, solicita el 24 de junio de 2025 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2025_12952177.

Que el(la) peticionario(a) ha prestado los siguientes servicios:

| ENTIDAD LABORO | DESDE | HASTA | NOVEDAD | DIAS |
|----------------------------|----------|----------|-----------------|------|
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19951001 | 19951012 | TIEMPO SERVICIO | 12 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19951101 | 19951231 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960101 | 19960131 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960201 | 19960229 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960301 | 19960430 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960501 | 19960531 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960601 | 19960630 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960701 | 19961231 | TIEMPO SERVICIO | 180 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970101 | 19970531 | TIEMPO SERVICIO | 150 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970601 | 19970630 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970701 | 19970731 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970801 | 19970930 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19971001 | 19971130 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19971201 | 19971231 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19980101 | 19980331 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CRUZ SALUD LTDA | 19980601 | 19980626 | TIEMPO SERVICIO | 26 |
| CRUZ SALUD LTDA | 19980701 | 19980705 | TIEMPO SERVICIO | 5 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19991101 | 19991130 | TIEMPO SERVICIO | 30 |

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14972974715



(415)7707212489984(8020) 000001497297471 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 3 6 6 5 8 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 9 3 6 6 5 8 0

27. Fecha expedición

1 9 7 7, 0 9, 3 0

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

GONZALEZ

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

ELIAS

34. Otros nombres

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

CR 79 19 A 28 TO 1 AP 403 BRR LA FELICIDAD

42. Correo electrónico

quitasol56@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 8 0 2 1

45. Teléfono 2

3 0 0 4 5 5 9 5 0 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 3, 0 1, 0 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

2 2 2 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

14- Informante de exogena

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

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

61. Fecha

2024 - 01 - 16 / 19 : 07: 16

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 GONZALEZ ELIAS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14972974715



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 3 6 6 5 8 0 | 0

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 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

Composición del Capital

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma | Composición del Capital | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-------------------------|---------|
| 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

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 4 0 1 0 5 | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

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 | | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2025_12952177

SUB 211915
04 JUL 2025

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA (PENSION DE VEJEZ)

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **GONZALEZ ELIAS**, identificado(a) con CC No. 19,366,580, solicita el 24 de junio de 2025 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2025_12952177.

Que el(la) peticionario(a) ha prestado los siguientes servicios:

| ENTIDAD LABORO | DESDE | HASTA | NOVEDAD | DIAS |
|----------------------------|----------|----------|-----------------|------|
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19951001 | 19951012 | TIEMPO SERVICIO | 12 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19951101 | 19951231 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960101 | 19960131 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960201 | 19960229 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960301 | 19960430 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960501 | 19960531 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960601 | 19960630 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19960701 | 19961231 | TIEMPO SERVICIO | 180 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970101 | 19970531 | TIEMPO SERVICIO | 150 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970601 | 19970630 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970701 | 19970731 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19970801 | 19970930 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19971001 | 19971130 | TIEMPO SERVICIO | 60 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19971201 | 19971231 | TIEMPO SERVICIO | 30 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19980101 | 19980331 | TIEMPO SERVICIO | 90 |
| CRUZ SALUD LTDA | 19980601 | 19980626 | TIEMPO SERVICIO | 26 |
| CRUZ SALUD LTDA | 19980701 | 19980705 | TIEMPO SERVICIO | 5 |
| HOSPITAL STA ROSA DE TENJO | 19991101 | 19991130 | TIEMPO SERVICIO | 30 |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

elias GONZALEZ

19366580

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2 horas**

Para constancia se expide:

25 de septiembre de 2025