

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-04-01	<b>Hasta:</b>	2026-04-30
<b>Nombre del Contratista:</b>	DORIS ANDREA CUBILLOS JIMENEZ		<b>Número de Documento:</b>	1015393178
<b>Correo Electrónico:</b>	andeitaje@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3182099338
<b>Nombre del Supervisor:</b>	JHON EDISON PARRA MANCIPE	<b>Cargo:</b>	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	<b>Código Grado:</b> -

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2662-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	294
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
I06TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	24	0	93500	\$2244000	20%
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	96	0	93500	\$8976000	80%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 11220000</b>	<b>ONCE MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-01	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 11220000	
2	MARZO	\$ 12903000	
3	ABRIL	\$ 11220000	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

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

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

\$ 56100000		\$ 56100000	\$ 35343000	\$ 20757000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Ejecutar servicios profesionales especializados en Medicina Interna, aplicando su conocimiento científico y experiencia clínica conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable, en atención a los requerimientos asistenciales definidos por LA SUBRED SUR ESE.	Brindar atención médica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condición de salud. Realizar valoración de ingreso y de seguimiento hasta su egreso.	Historia clínica	
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, de acuerdo con su criterio profesional.	Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendible para el paciente y/o familiar.	Historia clínica	
3	3. Registrar de manera autónoma, oportuna y responsable la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando veracidad, claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Diligenciar de manera adecuada la historia clínica proporcionando información veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, adherencia a criterios que define el Ministerio de Salud y aplicando la Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya a cabalidad.	Historia clínica	
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del área de medicina interna, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, informes de estadísticas vitales y herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	Realizar trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	Historia clínica	
5	5. Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y sanitarios.	Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso.	Historia clínica	
6	6. Actuaciones articulares profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral y segura del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Historia clínica	

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
7	7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR ESE, incluyendo su seguimiento ambulatorio y/o hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	Es la actividad diaria realizada por médico con el fin de evaluar de manera individual la condición clínica del paciente, aplicando sistemáticamente los siguientes pasos: interrogatorio, examen físico, valoración exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas y otros, análisis de la condición clínica y definición de la conducta a seguir. Obliga al registro sistemático e INMEDIATO en la historia clínica en el folio "EVOLUCIÓN DE PACIENTES".	Historia clínica
8	8. Comunicar de manera oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instalado.	Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur E.S.E., con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.	Historia clínica y registro de entrega de información a pacientes
9	9. Entregar los productos y resultados del servicio especializado derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción previamente acordadas en el contrato, conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y LA SUBRED SUR ESE, sin que ello implique subordinación laboral.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Historia clínica
10	10. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, que resulten necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR ESE, en el marco de su autonomía técnica y profesional.	Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Historia clínica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 12903000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	MARZO	2026	04	06	9502655399	FE127		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				DOCE MILLONES NOVECIENTOS TRES MIL PESOS				
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 5161200	\$ 825792	\$ 1700100
Salud					EPS SÁNITAS		\$ 645150	\$ 1250100
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 125727	\$ 243700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 1497883</b>	<b>\$ 3193900</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870327055	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CUBILLO ANDREA	JIMENEZ DORIS	2026-04-21 06:03:30	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JHON MANCIPE	EDISON PARRA	2026-04-23 11:37:03	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VELANDIA	VIVIANA RODRIGUEZ	2026-04-30 02:42:53	
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 ALBERTO	ALEXANDRA LOZANO	2026-05-11 14:45:51	

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**JHON EDISON PARRA MANCIPE**  
**MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO**  
**INTENSIVO**

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
0b8a4b22de156ffa5c1ba493f52f8bb5fe87e82012dfa9b91a756d68f3e6869852ac314d0731ee0a696c35ec7519f56b  
Número de Factura: FE-127  
Fecha de Emisión: 20/04/2026  
Fecha de Vencimiento: 20/04/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar  
Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Consignación bancaria  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA  
Nombre Comercial: CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA  
Nit del Emisor: 1015393178  
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 88 70 B 10  
Teléfono / Móvil: 6018004260  
Correo: 06cubillosfactura@gmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900958564  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: O-23  
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CRA 20 47 B 35 SUR  
Teléfono / Móvil: 7300000  
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	10	HONORARIOS MEDICOS POR PACIENTES ATENDIDOS EN MEDICINA INTERNA USS EL TUNAL EN EL MUNICIPIO DE BOGOTA	NIU	24,00	\$ 93.500,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.244.000,00
2	9	HONORARIOS MEDICOS POR PACIENTES ATENDIDOS EN UCI ADULTOS USS EL TUNAL EN EL MUNICIPIO DE BOGOTA	NIU	96,00	\$ 93.500,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 8.976.000,00

## Notas Finales

Municipio donde se prestó el servicio: Bogotá  
Servicios prestados durante el mes de Abril de 2026  
Nro. De Contrato 2662-2026

24 Horas Hosp medicina interna - USS el Tunal; Valor hora \$93,500  
96 Horas UCI Adultos - USS el Tunal; Valor hora \$93,500

Favor consignar a la cuenta de ahorros No. 4870327055 del Banco Davivienda S.A.

Informo que he realizado actualización de la responsabilidad 47 que corresponde al regimen simple de tributacion de conformidad a lo dispuesto en el artículo 1.5.8.3.1 del DUR 1625 del 2016 expuesto en el artículo 911 del estatuto tributario, los contribuyentes de regimen simple de tributacion -simple no estaran sujetos a retencion en la fuente atitulo de renta ni de ICA. Anexo rut actualizado para su validacion

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 20/04/2026 08:19:32  
**Documento validado por la DIAN:**  
 20/04/2026 08:19:32  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	11220000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	11220000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	11220000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 11220000</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

<b>Subtotal</b>	11.220.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	11.220.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	11.220.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 11.220.000,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764092335682 Rango desde: 101 Rango hasta: 200 Vigencia: 2027-04-25

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015393178		CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 88 70b-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8004260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	189938067	9502655399	I	2026/04/21	2026/04/06	BANCO DAVIVIENDA	0	\$3,193,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$10,000,001	\$1,700,100			\$10,000,001	\$1,250,100			\$0	\$0			\$10,000,001	\$243,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$10,000,001	\$1,700,100			\$10,000,001	\$1,250,100			\$0	\$0			\$10,000,001	\$243,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$10,000,001	\$1,700,100			\$10,000,001	\$1,250,100			\$0	\$0			\$10,000,001	\$243,700		\$0	\$0
1	CC	1015393178	CUBILLOS DORIS	230201	30	\$10,000,001	\$1,700,100	EPS005	30	\$10,000,001	\$1,250,100	0	\$0	\$0	14-11	30	\$10,000,001	\$243,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$10,000,001	\$1,700,100			\$10,000,001	\$1,250,100			\$0	\$0			\$10,000,001	\$243,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015393178		CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 88 70b-10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8004260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	189938067	9502655399	I	2026/04/21	2026/04/06	BANCO DAVIVIENDA	0	\$3,193,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,700,100	\$0	\$0	\$1,700,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$1,700,100	\$0	\$0	\$1,700,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$243,700	\$0	\$0	\$243,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$243,700	\$0	\$0	\$243,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,250,100	\$0	\$0	\$1,250,100	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,250,100	\$0	\$0	\$1,250,100	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$3,193,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$3,193,900</b>	



- 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 FEBRERO 2026 CTO-2662-2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO-2662-2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2026 CTO-2662-2026.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO-2662-2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

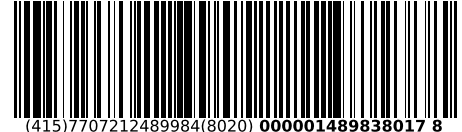
Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

### Datos guardados

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14898380178



(415)7707212489984(8020) 000001489838017 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  6. DV  12. Dirección seccional  14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente  25. Tipo de documento  26. Número de Identificación  27. Fecha expedición

Lugar de expedición  28. País  29. Departamento  30. Ciudad/Municipio  001

31. Primer apellido  32. Segundo apellido  33. Primer nombre  34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País  169 39. Departamento  11 40. Ciudad/Municipio  001

41. Dirección principal

42. Correo electrónico

43. Código postal  44. Teléfono 1  45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica					Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
<input type="text" value="8621"/>	<input type="text" value="20130214"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

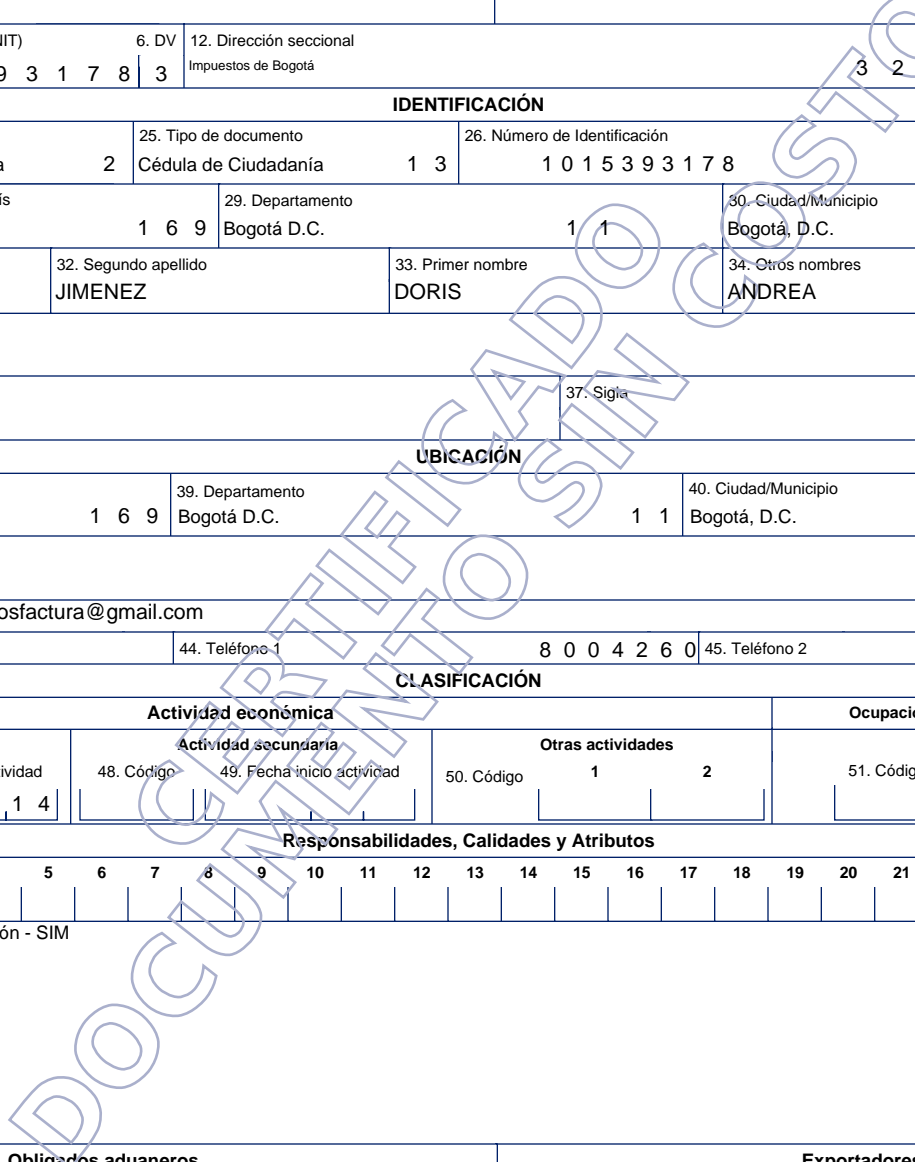
**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

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

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico



**Obligados aduaneros**

54. Código  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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

60. No. de Folios:

61. Fecha

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

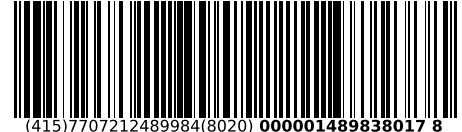
984. Nombre CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14898380178



(415)7707212489984(8020) 000001489838017 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 5 3 9 3 1 7 8	6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---	------------	--	------------------------------

**Características y formas de las organizaciones**

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

**Constitución, Registro y Última Reforma**

**Composición del Capital**

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 1 7	2 0 2 3 0 2 2 3		-
2				-
3				-
4				-
5				-

**Vinculación económica**

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

**Bogotá, Enero del 2025**

Señores:  
SUBRED SUR  
**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**  
La ciudad

Buen día:

Por medio de la presente comunicación quiero informar a ustedes sobre mi cambio de condición tributaria a régimen SIMPLE de tributación desde febrero del 2023, el cual está exento de retención en la fuente y reteica por parte de las instituciones. Para constancia de lo anterior adjunto RUT actualizado.

Atentamente;

*Doris Andrea Cubillos J*

DORIS ANDREA CUBILLOS JIMÉNEZ  
CC 1.015.393.178 de Bogotá  
Médica internista  
Celular 3182099338  
Correo electrónico: andeitaje@hotmail.com



DEPARTAMENTO  
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO  
CIVIL DISTRICTAL



Iniciar Sesión

500 | SERVER ERROR

**Dirección:** Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia

**Teléfono:** (+57) 601 3680038

**E-mail:** bienestar@serviciocivil.gov.co

