

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30
Nombre del Contratista:	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY		Número de Documento:	1085260720
Correo Electrónico:	diana08214@hotmail.com		Número Telefónico:	3103711602
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3715-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	303
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
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
L04VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	147	0	133420	\$19612740	79%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 19612740	DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 16677500	
2	MARZO	\$ 14542780	
3	ABRIL	\$ 19612740	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 124080600	\$ 124080600	\$ 50833020	\$ 73247580

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Desarrollar la prestación de servicios profesionales especializados en Radiología, conforme a la Lex Artis, en atención a las necesidades asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., de acuerdo con 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.	-Prestar servicios de estudios imagenológicos (ecografías, Doppler) de forma eficaz, respetuosa y de calidad.	-Servicio al paciente de óptima calidad sin evidenciar PQR. Dejar constancia de reportes en dinámica.
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a usuarios, familias y comunidad, como parte del enfoque integral de atención.	-Brindar atención integral a los pacientes desde mi especialidad.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
3	3. Realizar el registro completo y oportuno del acto médico y de los informes diagnósticos en la historia clínica, de manera veraz, secuencial, coherente, clara y legible, conforme a los principios de integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	-Subir a sistema e historia clínica del paciente de forma inmediata, efectiva y óptima los reportes de los estudios imagenológicos realizados.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
4	4. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación técnica de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del ejercicio médico y de la especialidad, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de MIPRES cuando aplique, garantizando la observancia de las normas universales de bioseguridad.	-Actualizarme en los nuevos métodos de mi especialidad. Realizar la atención de los usuarios con todos los protocolos de bioseguridad.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
5	5. Apoyar la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información clínica necesaria para la trazabilidad de indicadores de salud.	-Diligenciar todos los formatos del servicio. Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante.	-Excel y dinámica
6	6. Articular, desde su rol profesional especializado, acciones clínicas con los equipos misionales, orientadas al manejo integral y continuo del paciente, de conformidad con la normatividad legal vigente y los modelos de atención adoptados por la entidad.	-informar sobre estado de paciente a servicio tratante de forma eficaz para contribuir a su evolución.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento médico especializado acorde con el cuadro clínico del paciente que consulte a la Subred Sur E.S.E., incluyendo su atención hasta el egreso y/o el seguimiento ambulatorio cuando aplique, como resultado propio del ejercicio profesional autónomo.	-Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel
8	8. Informar de manera clara, suficiente y oportuna al paciente, a su familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable de su custodia, sobre la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento.	-Informar, explicar y resolver dudas sobre los resultados del estudio imagenológico a paciente y/o familiar.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.
9	9. Cumplir las metas de producción asistencial asociadas a la prestación del servicio especializado, entendidas como indicadores de resultado y productos asistenciales, conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la Subred Sur E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral, control horario ni dependencia administrativa.	-Diligenciar todos los formatos del servicio. Informar sobre resultados críticos a paciente, familiar y servicio tratante.	-Excel y dinámica
10	10. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional especializado que contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la entidad, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual y se ejecuten bajo criterios de autonomía profesional.	-Brindar atención integral a los pacientes desde mi especialidad.	-Estudios subidos a Dinámica, Aquila y Excel.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo 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	MARZO	2026	04	13	69599710	DAE153	\$ 14542780	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CATORCE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 5817112	\$ 930738	\$ 1876400
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 727139	\$ 1379700
ARL				5	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1688242	\$ 3256100
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0570106070373555	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA ALEJA ENRIQUEZ ARISMENDY		2026-04-20 08:02:16		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				DIANA ALEJA ENRIQUEZ ARISMENDY		2026-04-21 21:26:06		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-04-22 11:16:50		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-04-22 16:20:10		
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		2026-05-11 14:46:25		

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS
 Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur - Código Postal: 110611
 www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2026

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
fb113bc242193150f1e71eaab0df27a9cb81ae571380c6d9051759a712db50ae737daef34d8abb628e4f53af462c3208
Número de Factura: DAE-153
Fecha de Emisión: 21/04/2026
Fecha de Vencimiento: 21/05/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA
Nombre Comercial: ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA
Nit del Emisor: 1085260720
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 14 112 73 AP 410 BRR SANTA BARBARA
Teléfono / Móvil: 3103711602
Correo: diana08214@hotmail.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-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47 B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7300000
Correo: contabilidad@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	06	HONORARIOS DE MEDIC O RADIOLOGO	NIU	147,00	\$ 133.420,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 19.612.740,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 21/04/2026 18:38:42
Documento validado por la DIAN:
 21/04/2026 18:38:43
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	19612740
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19612740
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	19612740
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19612740

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	19.612.740,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.612.740,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.612.740,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19.612.740,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764102238996 Rango desde: 142 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-05-28

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1085260720	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY	Carrera 72 c # 22 a-24 apto 712	3103711602	dradianaenriquez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69599710	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$3.525.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.375.000	0		0		0	5	4.700	0	1.379.700	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	1.760.000	0	0	55.000	55.000	5	6.000	400	1.876.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	268.000				268.000	5	1.000	269.000			2.680	269.000	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	1.375.000	1.379.700
PenSIón	1	1.870.000	1.876.400
Riesgos Laborales	1	268.000	269.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.513.000	3.525.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085260720	DIANA ALEJANDRA ENRIQUEZ ARISMENDY		Carrera 72 c # 22 a-24 apto 712	3103711602	dradianaenriquez@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69599710	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$3.525.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																							
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Cotiz. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VP	SN	ICE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1085260720	ENRIQUEZ ARISMENDY DIANA ALEJANDRA			59	0			N															25-14	11.000.000	30	1.760.000	0	0	55.000	55.000	EPS005	11.000.000	30	1.375.000	14-11	11.000.000	30	3	268.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



- 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 DE COBRO FEBRERO 2026 CTR 3715-2026.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 CTR 3715-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3. DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO.pdf	3. DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA SIDEAP DIANA.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP DIANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO_DE_APROBACION_CURSO ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DIANA ARISMENDY.pdf	CERTIFICADO_DE_APROBACION_CURSO ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DIANA ARISMENDY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO 2026 CTR 3715-2026.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2026 CTR 3715-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL

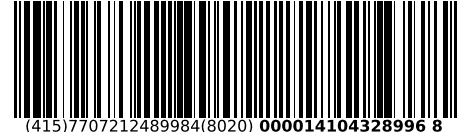
Se registró la información con éxito

Aceptar

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141043289968



(415)7707212489984(8020) 000014104328996 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 5 2 6 0 7 2 0	6. DV 1	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 2 5	2 0 2 3 0 2 0 1		-
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			