

**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>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31	
<b>Nombre del Contratista:</b>	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ		<b>Número de Documento:</b>	52818746	
<b>Correo Electrónico:</b>	drafedra@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3002903173	
<b>Nombre del Supervisor:</b>	JOSE GUILLERMO FORERO LEON	<b>Cargo:</b>	REFERENTE PEDIATRIA	<b>Código - Grado:</b>	213-32

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3111-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	294
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

<b>Centro de Costos</b>	<b>Dirección</b>	<b>Unidad</b>	<b>Número Horas</b>	<b>Número Horas Adicionales</b>	<b>Valor Hora</b>	<b>Total</b>	<b>Procentaje(%) Centro de Costos</b>
I05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	140	100	94000	\$22560000	161%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 22560000</b>	<b>VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS</b>					

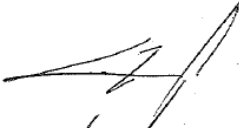
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-02		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-05-15		1	\$ 22901760	1074
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 10152000	
2		MARZO		\$ 24252000	
3		ABRIL		\$ 21996000	
4		MAYO		\$ 22560000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 70072800		\$ 92974560		\$ 78960000	\$ 14014560
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Desarrollar servicios profesionales especializados en Pediatría, aplicando su conocimiento técnico-científico y criterio médico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.	-Presto mis servicios como médico especialista en pediatría en los servicios de hospitalización en la unidad de meissen.		-Atención de acuerdo a programación de actividades asignados por supervisor del contrato.	
2	Ejecutar 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 niño, niña, adolescente, su familia y/o cuidadores, conforme a su criterio profesional.	-Se realiza atención al paciente mediante consulta médica o atención de hospitalización, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar .		-Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencia.	
3	Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicioneen o sustituyan.	-Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes pediátricos atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.		-Historia Clínica de paciente en el aplicativo dinámica gerencial.	

<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>
4	Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área pediátrica, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Se realiza la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes pediátricos, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad.
5	Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios pediátricos en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	-Informar 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.	Registrar la información del paciente en el aplicativo dinámica.
6	Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente pediátrico lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-Se realiza 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.	-Programación de Agendas y asignación de actividades de acuerdo a programación supervisor.
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 E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria.	-Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento.
8	Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al padre, madre, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instaurado.	-Informar de acuerdo al estado de salud del paciente a padres y familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	Historia Clínica registrada en dinámica gerencial.
9	Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	-Se cumple 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.	-Cumplimiento de actividades de acuerdo a programación del supervisor.
10	Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo su autonomía técnica y científica.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Cuadro de actividades con supervisor del contrato.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 21996000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	19	83290211	FS 83		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 8798400	\$ 1407744	\$ 2066000
Salud					EPS SURA		\$ 1099800	\$ 1519000
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 214329	\$ 296100
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 2553472</b>	<b>\$ 3881100</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	009200384288	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ		2026-05-23 14:19:34	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ		2026-05-27 22:47:25	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JOSE GUILLERMO FORERO LEON		2026-05-28 11:30:34	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2026-05-31 10:06:35	
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		2026-06-11 14:51:48	

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.

  
JOSE GUILLERMO FORERO LEON

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

**JOSE GUILLERMO FORERO LEON  
REFERENTE PEDIATRIA**

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83290211	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$3.881.100	

## 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.512.500	0		0		0	6	6.500	0	1.519.000	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	1.936.000	0	0	60.500	60.500	6	8.400	600	2.066.000	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	294.800				294.800	6	1.300	296.100			2.948	296.100	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
<b>SENA</b>				
0	6	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	6	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.512.500	1.519.000
Pensión	1	2.057.000	2.066.000
Riesgos Laborales	1	294.800	296.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>3.864.300</b>	<b>3.881.100</b>

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83290211	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$3.881.100	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Corriente	Salud	Extranjero	Calom. exarar	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCION	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 52818746	SANCHEZ RODRIGUEZ FEDRA PAOLA	59	0			N																25-14	12.100.000	30	1.936.000	0	0	60.500	60.500	EPS010	12.100.000	30	1.512.500	14-23	12.100.000	30	3	294.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**
1 [Información general](#)


&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#)
 Porcentaje  Recepción de artículos
5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)
 ¿Se requieren emisiones de  
 códigos de autorización?  Sí  No
7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 [Modificaciones del Contrato](#)
*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*
9 [Incumplimientos](#)

**Documentos de ejecución del contrato**

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 3111 2026.pdf	PS 3111 2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO MEDICO.pdf	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO MEDICO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO ESPECIALISTA PEDIATRIA.pdf	DIPLOMA Y ACTA DE GRADO ESPECIALISTA PEDIATRIA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 3111 - 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 3111 - 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 3111 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 3111 - 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 3111 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 3111 - 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>




&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

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 electrónica de venta  
No. FS 83

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE		
NIT	900.958.564-9	Teléfono	(601) 0000000
Dirección	No aplica	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	23/05/2026, 12:44
Expedición	23/05/2026, 12:44
Vencimiento	23/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CTO 3111-2026 SUBRED SUR	1.00	22,560,000.00

Total items: 1

**Valor en Letras:**

Veintidos millones quinientos sesenta mil pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 22,560,000.00

**Observaciones:**

Mes de mayo 2025 240 horas como médico pediatra

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 materialmente 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**

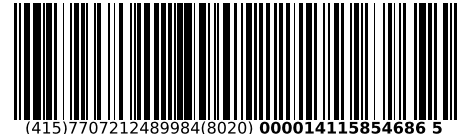
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66

CUFE: f3043146032d0038c8142db428da5065a1576f41d5b7a181b00c3c4aaeed0c1a780031e42206c6a703bc7d7034d81fca

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141158546865



(415)7707212489984(8020) 0000141158546865 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 8 1 8 7 4 6

6. DV

7

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

1 3

26. Número de Identificación

5 2 8 1 8 7 4 6

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

SANCHEZ

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

FEDRA

34. Otros nombres

PAOLA

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 70 B 24 D 22 TO 3 AP 1101

42. Correo electrónico

drafedra@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 0 0 2 9 0 3 1 7 3

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 2		
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 ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

DOCUMENTO SIN EFECTOS

## Usuarios aduaneros

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

## 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:

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