

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31
Nombre del Contratista:	DORIS ANDREA CUBILLOS JIMENEZ		Número de Documento:	1015393178
Correo Electrónico:	andeitaje@hotmail.com		Número Telefónico:	3182099338
Nombre del Supervisor:	JHON EDISON PARRA MANCIPE	Cargo:	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2662-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	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%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 11220000	ONCE MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS					

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	\$ 11220000	
2	MARZO	\$ 12903000	
3	ABRIL	\$ 11220000	
4	MAYO	\$ 11220000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 56100000		\$ 56100000	\$ 46563000	\$ 9537000
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, integridad 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	

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, 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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 11220000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9504333352	FE-129			
2026	ABRIL	2026	05	05					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					ONCE MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 4488000	\$ 718080	\$ 1700100	
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 561000	\$ 1250100	
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 109328	\$ 243700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1302507	\$ 3193900	
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 JIMENEZ DORIS ANDREA			2026-05-23 21:17:00	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JHON EDISON PARRA MANCIPE			2026-05-25 10:48:08	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA			2026-05-29 11:18:59	
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 14:39:16	

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 :
7aea14bc062318b9c75e7c0e0f0058269d9e9e720387016e5e1d82c1239a3b41f96326af64e336c60e869065aa845921

Número de Factura: FE-129

Fecha de Emisión: 22/05/2026

Fecha de Vencimiento: 22/05/2026

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 Mayo 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 articulo 1.5.8.3.1 del DUR 1625 del 2016 expuesto en el articulo 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:
22/05/2026 06:17:40
Documento validado por la
DIAN:
22/05/2026 06:17:40
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	11220000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11220000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	11220000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 11220000

Valores informativos

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	11.220.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	11.220.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	11.220.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 11.220.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
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

Planilla Resumen

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																				
2026-04		2026-04	281032490			9504333352		I		2026/05/21		2026/05/05			BANCO DAVIVIENDA				0			\$3,193,900																				
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$10,000,001	\$1,700,100			\$10,000,001	\$1,250,100			\$0	\$0			\$10,000,001	\$243,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$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	2.436%	\$243,700	0	\$0				
Total Afiliados(1)																									\$10,000,001	\$1,700,100			\$10,000,001	\$1,250,100			\$0	\$0			\$10,000,001	\$243,700		\$0	\$0	

Planilla Resumen

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
TOTAL				1	\$3,193,900	\$0	\$0	\$3,193,900



- 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		
☐	CUENTA FEBRERO 2026 CTO-2662-2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 CTO-2662-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 CTO-2662-2026.pdf	CUENTA MARZO 2026 CTO-2662-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 CTO-2662-2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026 CTO-2662-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

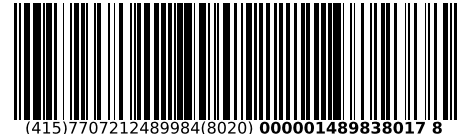


Datos guardados

2. Concepto 0 2 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

1 0 1 5 3 9 3 1 7 8

3

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

1 0 1 5 3 9 3 1 7 8

2 0 0 4, 0 4, 0 6

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

CUBILLOS

JIMENEZ

DORIS

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 88 70 B 10

42. Correo electrónico

06cubillosfactura@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

8 0 0 4 2 6 0

45. Teléfono 2

3 1 8 2 0 9 9 3 3 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 2 1

2 0 1 3, 0 2, 1 4

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
4 7 4 9 5 2

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados 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

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 23 / 14 : 14: 20

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:

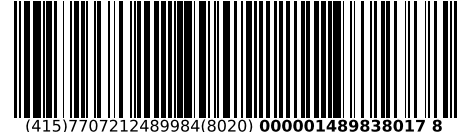
984. Nombre CUBILLOS JIMENEZ DORIS ANDREA

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 3

6. DV

3

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

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

71. Clase

72. Número

73. Fecha

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

76. Fecha de registro

77. No. Matrícula mercantil

78. Departamento

79. Ciudad/Municipio

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

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	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