

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Número de Documento:	79861112	
Correo Electrónico:	juanmanarvaez7@gmail.com		Número Telefónico:	3102007607	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2665-2026	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 TUNJUELITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
I06JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNJUELITO	210	60	93500	\$25245000	128.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 25245000	VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-01		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	\$ 20196000	1074
2	2026-06-09	2026-08-31	2	\$ 44880000	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 23001000	
2		MARZO		\$ 25245000	
3		ABRIL		\$ 25245000	

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

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 25245000	
5	JUNIO	\$ 25245000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 98175000		\$ 163251000	\$ 123981000
			\$ 39270000
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.	-Las actividades las realizo como Medico especialista en medicina interna en los servicios de hospitalización en la unidad de medicina interna en la unidad de Tunjuelito.	-Atención de acuerdo a programación de agendas por cuadro de actividades asignadas, información registrada en aplicativo dinamica gerencia
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.	-Se realiza atención al paciente mediante atención en hospitalización, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado explicando de manera clara y en lenguaje entendible tanto al paciente como familiar el estado de salud y su evolución.	-Información registrada en historia clínica en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencial.
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.	-Diligencio correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Proteccion Social y los demás entes competentes.	-Historia Clínica de paciente en el aplicativo dinámica gerencial.
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.	-Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinamica gerencial cumpliendo las normas de seguridad.
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.	-Informo mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica, registro guardado en historia clinica.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-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	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.	-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	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 registrada en dinámica gerencial.
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.	-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 según contrato de prestación de servicios.
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.	-Actividades programadas con supervisor del contrato	-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		\$ 25245000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91972219	FRA # FE215			
2026	MAYO	2026	06	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 10098000	\$ 1615680	\$ 1733100
Salud						ALIANSAUD		\$ 1262250	\$ 1274400
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 245987	\$ 248400
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 2930642	\$ 3255900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870469287

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ	2026-06-24 22:51:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-06-25 08:22:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-07-01 10:28:11
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	2026-07-14 14:14:58

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.

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91972219	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$3.255.900	

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					
EPS001	ALIANSAUD EPS S.A.	830113831-0	1.262.300	0		0		0	13	12.100	0	1.274.400	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	1.615.700	0	0	50.500	50.500	13	15.400	1.000	1.733.100	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	246.000				246.000	13	2.400	248.400			2.460	248.400	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	1.262.300	1.274.400
Pensión	1	1.716.700	1.733.100
Riesgos Laborales	1	246.000	248.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.225.000	3.255.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79861112	JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ		Calle 83A No 114-90 CASA 14	7226944	Juanmanarvaez7@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91972219	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$3.255.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 79861112	NARVAEZ MENDEZ JUAN MANUEL	59	0			N														25-14	10.098.000	30	1.615.700	0	0	50.500	50.500	EPS001	10.098.000	30	1.262.300	14-11	10.098.000	30	3	246.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

 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? ☐ SI ☒ 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. 2665 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DIPLOMAS ESPECIALIDAD.pdf	DIPLOMAS ESPECIALIDAD.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	CUENTA MAYO 2026 - CTO. 2665 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ
NIT: 79861112-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
Calle 83 A No. 114-90 et. 3 Ca 14, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3012352879
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.

Autorización facturación electrónica No. 18764111470863 válida desde 2026-06-19 hasta 2026-12-19 rango desde FE214 hasta FE400

DATOS DEL CLIENTE		FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
NIT:	900958564	No. de Factura	FE215
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Fecha Emisión	20/06/2026 20:06:15
Dirección:	CR 20 47 B 35 SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	Fecha Vencimiento	
Teléfono:	7300000	Moneda	COP Colombia, Pesos
Email:	cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co	Forma de Pago:	Contado
		Medio de Pago:	Otro
		Total de Lineas:	1

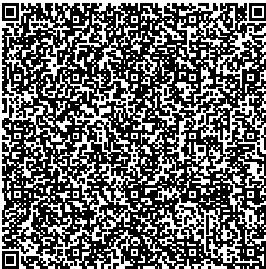
#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	002	SERVICIOS PROFESIONALES Prestación de servicios como Médico Internista	HUR	270,00	\$93.500,00				0,00	\$25.245.000,00
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:	\$25.245.000,00
									Cargos:	\$0,00
									Descuento:	\$0,00
									Total:	\$25.245.000,00

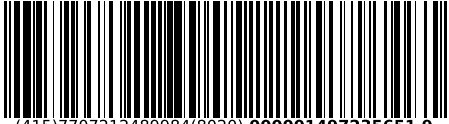
Notas:	De conformidad con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 383 del Estatuto Tributario solicito la aplicación de una tarifa del 11% de retención en la fuente sobre el valor bruto de esta factura.
CUFE:	424f845c8abd0ed752209cd7b5b9ee5ef8d221cda6e6631d4258ebbc4b037737061efaf3c9777c0760fa413679beb21f
Total con letra:	(veinticinco millones doscientos cuarenta y cinco mil pesos)

Firma Digital: Ggu/anF4Yr8LHjZonyxtV6CZIMdwru8VxvfvTukJQKTAn9wNTTjzv3MA9yl/jcNb
0QCc2xd7DVofdeaaNHIAmhKI207dw7CX797ZqgxYHDCsWkU0Iz
xJAnHIXUDDIXKY o0AghxPbYBcR7zjXV1WY05OPkeFh8oXa3iuVgzUJQXrWnixuL/k0P2RY2uLnzbX wsaYfdPccoQHB+34DmCMwC8a8O7tpxgMTqs
Cz/cwI2uqAF3leMzesjB0aw9nM0IF nKTe0rL9IHhxeK5Ta7d4E5FDQAfTr5VOQK9TaOEjPtMTeKRm3qzvQuFygzClwc/t KxzIUK7wUbe5W3TZNygC
qQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2026 hasta: 30/06/2026.
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 14972356519			
		 (415)7707212489984(8020) 000001497235651 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 8 6 1 1 1 2		6. DV 8		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 7 9 8 6 1 1 1 2	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido NARVAEZ		32. Segundo apellido MENDEZ		33. Primer nombre JUAN	
34. Otros nombres MANUEL					
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 CL 152 C 72 87					
42. Correo electrónico jmnarvaez7@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 7 2 2 6 9 4 4		45. Teléfono 2 3 1 0 8 6 8 3 5 6 1	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 2 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 2, 0 2, 1 6		48. Código 1 2	
49. Fecha inicio actividad		50. Código		51. Código 2 2 2 1	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 5 2					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
52 - Facturador electrónico					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
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 NARVAEZ MENDEZ JUAN MANUEL					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

79861112

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

MANEJO INTEGRAL DEL DUELO

con una intensidad horaria de 20 horas.

Para constancia se expide:

21 de junio de 2026

Válido por 02 años