Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-06-01	**Hasta:**	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		**Número de Documento:**	52433729	
Correo Electrónico:	ximeandrea123@gmail.com		**Número Telefónico:**	3002065170	
Nombre del Supervisor:	RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ	**Cargo:**	REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO	**Código - Grado:**	213-32

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2424-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	294
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	162	0	100104	$16216848	67.5%
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	54	0	100104	$5405616	22.5%
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	6	0	94000	$564000	2.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 22186464**	**VEINTIDOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS**					

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	2026-06-09	2026-08-31	1	$ 45120000	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 20802096
2	MARZO	$ 23167968
3	ABRIL	$ 21182976
4	MAYO	$ 22765104
5	JUNIO	$ 22186464

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 120124800	**$ 165244800**	**$ 110104608**	**$ 55140192**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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.	-Las actividades las realicé como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA en la Unidad de Meissen en evolución por turno de recién nacidos en alojamiento conjunto y hospitalización. Atención del recién nacido durante el parto. Responder interconsultas del servicios de urgencias. Realizar historia clínica de ingreso de pacientes interinstitucionales y/o remitidos.	-Historia clínica registrada en aplicativo dinámica gerencial.
2	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 realizó atención al paciente en pediatria mediante consulta médica o atención en pediatría , valoración del recién nacido , atención en permanencia en alojamiento ,informando su estado de salud, diagnostico, prevención de enfermedades del recién nacido y promoviendo el autocuidado a sus padres.	-Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencial.
3	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, adicionen o sustituyan.	-Diligencié 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 Protección Social y los demás entes competentes.	-Registro en historia clínica del paciente pediatrico en el aplicativo dinamica gerencial.
4	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 realizó la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Informes y formatos establecidos en la subred sur,

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	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.	-Informé mediante atención al paciente pediatrico 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.	-Registré la información del paciente en la historia clínica en el aplicativo dinámica gerencial.
6	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 realizó 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.	-Historia Clínica diligenciada en el aplicativo dinámica gerencial
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 E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-Evolucion y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos y alojamiento conjunto. Direccionar para continuar seguimiento y plan de manejo ambulatorio en los casos que requiera atención.	-Registré en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento.
8	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.	-Informé a la madre, padre o familiar autorizado el plan de manejo actual, la evolución, los riesgos y complicaciones presentes o potenciales de los recién nacidos, durante las visitas o en cualquier momento cuando el estado clínico del bebé lo necesite. Plan de tratamiento individual. registro en dinámica gerencial.	-Registré en Historia Clínica 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 pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	-Se cumplió 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.	-Cumplimientos de obligaciones establecidas en contrato firmado con la Subred Sur.
10	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. .	-Programación de actividades por 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85688780	FEXG85		$ 22765104
2026	MAYO	2026	06	22				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	VEINTIDOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTOCUATROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 9106042	$ 1456967	**$ 1544800**
Salud		FAMISANAR		$ 1138255	**$ 1138255**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR S.A.		$ 221823	**$ 221823**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 2642756**	**$ 2904878**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66947048989

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA	2026-06-22 21:25:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN	RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ	2026-06-23 10:26:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-06-23 19:11:21
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 15:46:09

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.

Ruth Liliana Lopez Cruz

RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ
REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52433729	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA	calle 152 B 59 54 CASA 17	7536480	ximeandrea123@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
		85688780	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$2.902.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.125.000	0		0		0	13	10.800	0	1.135.800	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	1.440.000	0	0	45.000	45.000	13	13.800	1.000	1.544.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	219.300				219.300	13	2.100	221.400			2.193	221.400	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	1.125.000	1.135.800
Pensión	1	1.530.000	1.544.800
Riesgos Laborales	1	219.300	221.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.874.300	2.902.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52433729	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA	calle 152 B 59 54 CASA 17	7536480	ximeandrea123@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
		85688780	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$2.902.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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 52433729	GARAVITO HIGUERA XIMENA ANDREA	59	0			N																	25-14	9.000.000	30	1.440.000	0	0	45.000	45.000	EPS017	9.000.000	30	1.125.000	14-7	9.000.000	30	3	219.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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? 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. 2424 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2424 2026.pdf	PS 2424 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE GRADO ESPECIALISTA PEDIATRIA.pdf	ACTA DE GRADO ESPECIALISTA PEDIATRIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DIPLOMA DE ESPECIALISTA PEDIATRIA.pdf	DIPLOMA DE ESPECIALISTA PEDIATRIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	CUENTA MAYO 2026 - CTO. 2424 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Factura Electrónica De Venta No. FEXG85

Representación Gráfica

Forma de Pago: Contado
Método de Pago: Transferencia Crédito Bancario
Moneda: COP
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 20/06/2026 05:55 PM
Fecha de Emisión: 20/06/2026 05:55 PM
Responsabilidad Tributaria: R-99-PN
Responsabilidad Tributaria: No aplica
Régimen Fiscal: 49

Emisor: XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

Razón Social: XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
Nit del Emisor: 52433729
Correo Electrónico: ximeandrea123@gmail.com
Teléfono: 3002065170
Dirección: Calle 152A # 54C - 24 Casa 17
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.
Pais: Colombia

Receptor: subred integrada de servicios de salud sur E.S.E

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
Identificación: 900958564
Correo Electrónico: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co
Teléfono: 7 300000
Dirección: CR 20 #47b-35 sur
Responsabilidad Tributaria: ZZ
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.
País: Colombia

#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA	Total
1	8621	prestacion de servicios medicos	prestacion de servicios como medico pediatra unidad Neonatos mes junio 20269	1.00	hora de trabajo	22,186,464.00	22,186,464.00	0.00	**22,186,464.00**

Detalles:
Son: VEINTIDÓS MILLONES CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS
CUFE :
39c1d317ad2fcb9699a449b35f035ccc12df3215044e57adaffa0d527a7cc9c3c3fc55d920e6b5f8ff79466fe2353507

Detalle de Venta	
Subtotal:	COP 22,186,464.00
Monto Bruto:	COP 22,186,464.00
Monto IVA:	COP 0.00
Total Venta:	COP 22,186,464.00
Total a pagar:	COP 22,186,464.00

Firma Digital:
YvSQCA7p3qvM1vdv3PXeWOejgCrlw67dTku6aq0OD6eZnRuHAJnH+AYfccoGt4h5 ZYWf+PsM8hEhnHxKpWo81GZQpVm/T65NzxaqBL58X4hiFL1wnHnSVz2+UWn22iY2 eWceAD0vPNfhUrmV/BtER8r5Ol1QXH/N/I2DoZdt0O9g74Ci2R+wHPUa4EgrgnOa z8ZpmIdHDPxuIGoLvHRxSJQS3PR/1BaRgDZK9mt3PHBu0CZkqt7rANcw0AackZDQ 1jqM9WunA8GqH9tCC9FndBXGi5f4aBoQVP6WrxcjSfw1Y6+QSuc9e7fBLK2e9upo rYDMAXdVlbCIGlBUzexMUw==

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14743767629

(415)7707212489984(8020) 000001474376762 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 3 3 7 2 9	8	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	52433729	19951129

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
GARAVITO	HIGUERA	XIMENA	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: CL 152 A 54 C 24 CA 17

42. Correo electrónico: ximeandrea123@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7536480	3002065170

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
8621	2010 07 08					

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	5	2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

16- Obligación facturar por ingresos bienes

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 24 / 13 : 26: 55

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

zRN8joHRy8

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

52433729

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

MANEJO INTEGRAL DEL DUELO

con una intensidad horaria de 20 horas.

Para constancia se expide:

18 de junio de 2026

Válido por 02 años

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

SMAR SUR

BOGOTÁ