

|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 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: | SERGIO ANDRES CUELLAR PEDROZA     |            | Número de Documento:                     | 1032421779    |          |
| Correo Electrónico:     | Sac1538@hotmail.com               |            | Número Telefónico:                       | 3002323230    |          |
| Nombre del Supervisor:  | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | Cargo:     | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | Código Grado: | - 009-05 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                        |               |      |                       |     |
|--------------------------------|----------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 2576-2026                              | 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                                                  | 186          | 84                       | 93500      | \$25245000 | 112.5%                         |
| 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                                   | 2026-06-09   | 2026-08-31          | 1           | \$ 49880000                               | 1296       |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | FEBRERO             |             | \$ 20944000                               |            |
| 2                                   |              | MARZO               |             | \$ 21505000                               |            |
| 3                                   |              | ABRIL               |             | \$ 25245000                               |            |
| 4                                   |              | MAYO                |             | \$ 24310000                               |            |

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

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 5                                                       | JUNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 25245000                                                                                                                                                                                                                                               |                      |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                          | SALDO DEL CONTRATO   |
| \$ 112200000                                            | \$ 162080000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 117249000                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 44831000          |
| 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 E.S.E. | -Las actividades las realizo como MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA en la unidad de urgencias .                                                                                                                                                     | -Historia Clinica    |
| 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.                                                                                                                                | -Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencial.                                                                                                                                                                         | -Historia Clinica    |
| 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.                                          | -Historia Clínica de paciente en el aplicativo dinámica gerencial.                                                                                                                                                                                        | -Historia Clinica    |
| 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, reportes de estadísticas vitales y herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.                 | -Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad.                                                                                                                                                                          | -Historia Clinica    |
| 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.                                                                                                         | -Informe 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 ( dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. | -Historia Clinica    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                     | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 6                                                       | 6. Articular actuaciones 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 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    |
| 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 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.            | -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 instaurado.                                           | -Informe de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.   | -Historia Clínica    |
| 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 E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral. | -Cumplió con las actividades programadas en atención de urgencias a pacientes según agendamiento de turnos de acuerdo a los lineamientos estandarizados en la Subred sur.                      | -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 E.S.E., en el marco de su autonomía técnica y profesional.                                                  | -Las demás actividades cumplió el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.                                                                                   | -Historia Clínica    |

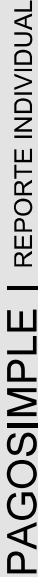
| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                       |               |                |         |                                                  |                            |                                                  |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|---------|--------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|----------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                       | Fecha de Pago |                |         | Número de Planilla                               | Factura Electrónica        | Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior | \$ 24310000    |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     |                                                  |                            |                                                  |                |
| 2026                                                                                                                                   | MAYO                  | 2026          | 06             | 01      | 1082408606                                       | FE - 382                   |                                                  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |                |         | VEINTICUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIEZ 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           | \$ 9724000                 | \$ 1555840                                       | \$ 1616000     |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |                |         | EPS SÁNTAS                                       |                            | \$ 1215500                                       | \$ 1262500     |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |                | 3       | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.              |                            | \$ 236877                                        | \$ 246100      |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |                | NO      |                                                  | Total                      | \$ 2822099                                       | \$ 3124600     |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |                |         |                                                  |                            |                                                  |                |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |                                                  | Número de Cuenta           | 475700060621                                     |                |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |                |         |                                                  |                            |                                                  |                |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |                |         | USUARIO                                          |                            | FECHA                                            |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |                |         | SERGIO ANDRÉS CUELLAR PEDRIZA                    |                            | 2026-06-24 21:11:54                              |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |                |         | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN                |                            | 2026-06-26 11:43:34                              |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |                |         | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                 |                            | 2026-07-01 11:07:29                              |                |
| 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 13:58:16                              |                |

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.

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN  
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

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



Periodo Servicio 202605

PAGADA 2026-06-01 06:45:07.0

### III. DATOS DEL AFILIADO

CUELLAR PEDROZA SERGIO ANDRES

| III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO: |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|------------|------------|------------------|-----|------------------|------------------|------------|------------|---------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|---------|---------------|------------|------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Novedades                                                              |     |              | Pensión    |            |                  |     | Salud            |                  |            |            | Riesgos |              | Caja         |            | Parafiscales |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     | Salario      |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     | Tipo salario | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte PSP | Código EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte Unico | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgo | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte ICBF | Aporte ICDF |
| RT                                                                     | RT  |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| NT                                                                     | NT  |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| TD                                                                     | TD  |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| TAR                                                                    | TAR |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| TAP                                                                    | TAP |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| VSP                                                                    | VSP |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| USA                                                                    | USA |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| SLN                                                                    | SLN |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| LMA                                                                    | LMA |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| WCF                                                                    | WCF |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| DPS                                                                    | DPS |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| CCF                                                                    | CCF |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
| Ext                                                                    | Ext |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |
|                                                                        |     |              |            |            |                  |     |                  |                  |            |            |         |              |              |            |              |            |         |               |            |            |         |             |             |             |             |

[illegible]



Datos guardados

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

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                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA FEBRERO - CTO N. 2576 - 2026.pdf | CUENTA FEBRERO - CTO N. 2576 - 2026.pdf | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MARZO - CTO N. 2576 - 2026.pdf   | CUENTA MARZO - CTO N. 2576 - 2026.pdf   | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | HOJA DE VIDA SDEAP.pdf                  | HOJA DE VIDA SDEAP.pdf                  | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | DIPLOMA ESPECIALISTA.pdf                | DIPLOMA ESPECIALISTA.pdf                | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ACTA DE GRADO ESPECIALISTA.pdf          | ACTA DE GRADO ESPECIALISTA.pdf          | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ABRIL - CTO N. 2576 - 2026.pdf   | CUENTA ABRIL - CTO N. 2576 - 2026.pdf   | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MAYO - CTO N. 2576 - 2026.pdf    | CUENTA MAYO - CTO N. 2576 - 2026.pdf    | Proveedor <a href="#">Detalle</a> |

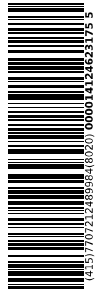
Borrar   Cargar nuevo

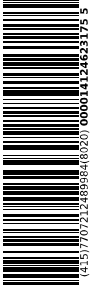
Datos guardados

Cancelar

<   Evaluación de la Entidad Estatal   >

|                                                                                                                                                                                       |  |                                                                           |  |                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                  |  | Formulario del Registro Único Tributario                                  |  | 001                                                                                 |  |
| 2 Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                           |  | 4. Número de formulario 141246231755                                      |  |  |  |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 2 4 2 1 7 7 9 2                                                                                                                    |  | 6. DV 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 1 0 3 2 4 2 1 7 7 9                                    |  |
| Lugar de expedición 28. País COLOMBIA                                                                                                                                                 |  | 29. Departamento Bogotá D.C.                                              |  | 30. Ciudad/Municipio Bogotá D.C.                                                    |  |
| 31. Primer apellido CUELLAR                                                                                                                                                           |  | 32. Segundo apellido PEDROZA                                              |  | 33. Primer nombre SERGIO                                                            |  |
| 34. Otros nombres                                                                                                                                                                     |  | 35. Razón social                                                          |  | 36. Nombre comercial GREEN NURSE UNIFORMES                                          |  |
| 37. Sexo                                                                                                                                                                              |  | 38. País COLOMBIA                                                         |  | 39. Departamento Cundinamarca                                                       |  |
| 40. Ciudad/Municipio                                                                                                                                                                  |  | 41. Dirección principal KM 5 VTE SIBERIA COTA CONJUNTO PONTE VERDE CA 199 |  | 42. Correo electrónico sac1558@hotmail.com                                          |  |
| 43. Código postal 0                                                                                                                                                                   |  | 44. Teléfono 1                                                            |  | 45. Teléfono 2                                                                      |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                         |  |                                                                           |  |                                                                                     |  |
| Actividad principal 46. Código 8 6 2 1                                                                                                                                                |  | Actividad secundaria 48. Código 4 7 1 1                                   |  | Otras actividades 50. Código 1 4 1 0                                                |  |
| 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2                                                                                                                                                    |  | 48. Fecha fin actividad 0 0 7 0                                           |  | 51. Código 2 1 9                                                                    |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                              |  |                                                                           |  |                                                                                     |  |
| 53. Código 4 7 1 4 9 5 2                                                                                                                                                              |  | 54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                                  |  | 55. Forma 56. Tipo 57. Modo 58. CFC                                                 |  |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                            |  | 52 - Facturador electrónico                                               |  | 59. Anexos SI NO X                                                                  |  |
| 60. No. de Folios: 61. Fecha 2026-04-16 / 08:15:21PM                                                                                                                                  |  | 62. No. de Folios: 63. Fecha 2026-04-16 / 08:15:21PM                      |  | 64. No. de Folios: 65. Fecha 2026-04-16 / 08:15:21PM                                |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                         |  |                                                                           |  |                                                                                     |  |
| 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 |  |                                                                           |  |                                                                                     |  |
| Firma del solicitante: CUELLAR PEDROZA SERGIO ANDRES CONTRIBUYENTE                                                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                     |  |

|                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                 |  | Formulario del Registro Único Tributario                                                                            |  | 001                                                                                                                                                                     |  |
| Espacio reservado para la DIAN                                                                                                                                       |  | Página 2 de 3                                                                                                       |  | Hoja 2                                                                                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                      |  | 4. Número de formulario                                                                                             |  | 141246231755                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                   |  |                                   |  | (43317017012124639584820) 0000141246231755                                                                                                                              |  |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 0 3 2 4 2 1 7 7 9 2 6. DV 12. Dirección seccional república de Bogotá 14. Buzón electrónico                           |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| Características y formas de las organizaciones                                                                                                                       |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 62. Naturaleza 65. Fondos 68. Sin personería jurídica                                                                                                                |  | 63. Formas asociativas 66. Cooperativas 69. Otras organizaciones no clasificadas                                    |  | 64. Entidades o institutos de fecho publico de orden nacional, departamental, municipal y localizados en Colombia 67. Sociedades y organismos extranjeros 70. Beneficio |  |
| Composición del Capital                                                                                                                                              |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 71. Clase 72. Número 73. Fecha 74. Número de notaría 75. Entidad de registro 76. Fecha de registro 77. No. Matricula mercantil 78. Departamento 79. Ciudad/Municipio |  | 82. Nacional 83. Nacional publico 84. Nacional privado 85. Extranjero 86. Extranjero publico 87. Extranjero privado |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 88. Entidad de vigilancia y control                                                                                                                                  |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| Estado y Beneficio                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 89. Estado actual 90. Fecha cambio de estado                                                                                                                         |  | 91. Número de identificación Tributaria (NIT)                                                                       |  | 92. DV                                                                                                                                                                  |  |
| 1 2 5 12 0 2 4 0 8 1 5                                                                                                                                               |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 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 contratante                                            |  | 96. DV                                                                                                                                                                  |  |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o contratante                                                                                                                 |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior 171. País                                                                                           |  | 172. Número de identificación tributaria otorgado o natural del exterior con EP                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP                                                                                              |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |
| Fecha generación documento PDF: 16-04-2026 08:54:44PM                                                                                                                |  |                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                         |  |

|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                |  | Formulario del Registro Único Tributario<br>Establecimientos                       |  | 001                                     |  |
| Espacio reservado para la DIAN                                                      |  | Página 3 de 3                                                                      |  | Hoja 6                                  |  |
|                                                                                     |  | 4. Número de formulario                                                            |  | 141246231755                            |  |
|  |  |  |  | (43517071212463984820) 0000141246231755 |  |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT)                                        |  | 6. DV 12. Dirección seccional<br>requerida en Bogotá                               |  | 14. Buzón electrónico                   |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
|                                                                                     |  | Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros     |  |                                         |  |
| 160. Tipo de establecimiento                                                        |  | 161. Actividad económica                                                           |  |                                         |  |
| Establecimiento de comercio                                                         |  | Comercio al por mayor de prendas de vestir                                         |  |                                         |  |
| 162. Nombre del establecimiento                                                     |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
| GREEN NURSE UNIFORMES                                                               |  | Bogotá D.C.                                                                        |  |                                         |  |
| 163. Departamento                                                                   |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
| Bogotá D.C.                                                                         |  | Bogotá, D.C.                                                                       |  |                                         |  |
| 165. Dirección                                                                      |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
| TV 70 B 5 A 25 AP 301                                                               |  | Bogotá, D.C.                                                                       |  |                                         |  |
| 166. Número de matrícula mercantil                                                  |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil                                               |  |                                         |  |
| 0 1 6 8 4 6 0 2                                                                     |  | 2 0 0 7 0 3 1 5                                                                    |  |                                         |  |
| 168. Teléfono                                                                       |  | 169. Fecha de cierre                                                               |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
| 160. Tipo de establecimiento                                                        |  | 161. Actividad económica                                                           |  |                                         |  |
| 162. Nombre del establecimiento                                                     |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
| 163. Departamento                                                                   |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
| 165. Dirección                                                                      |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
| 166. Número de matrícula mercantil                                                  |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil                                               |  |                                         |  |
| 168. Teléfono                                                                       |  | 169. Fecha de cierre                                                               |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
| 160. Tipo de establecimiento                                                        |  | 161. Actividad económica                                                           |  |                                         |  |
| 162. Nombre del establecimiento                                                     |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
| 163. Departamento                                                                   |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
| 165. Dirección                                                                      |  | 164. Ciudad/Municipio                                                              |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |
| 166. Número de matrícula mercantil                                                  |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil                                               |  |                                         |  |
| 168. Teléfono                                                                       |  | 169. Fecha de cierre                                                               |  |                                         |  |
|                                                                                     |  |                                                                                    |  |                                         |  |