Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO-OPS:** PS37602021 **C.D.P. No.:** 451 **Proceso al que pertenece:** ASISTENCIAL
**Unidad a la que pertenece:** SAN BLAS

**Nombre del Contratista:** SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA **C.C.** 1.109.385.825 **de:** I.ERIDA-TOLIMA

**Fecha Inicio:** 2021-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-22 **Valor Mensual:** $ 3.960.000 **Valor a cobrar:** $ 3.960.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.530.000 | 738 | 08/03/21 | 22/03/21 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 5.490.000 | $ 420.800 | 1035706897 |
| 2 | MARZO | $ 3.960.000 | $ 679.400 | 1036118613 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.920.000 | $ 9.450.000 | $ 9.450.000 | $ 0 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 01/03/21 **Hasta:** 22/03/21

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Realizacion de sesion de terapia respiratoria integral , maniobras de higiene bronquial. Toma de muestras respiratorias, toma de gases arteriales, manejo de oxigenoterapia, asistencia a reanimacion cardiopulmonar. manejo ventilatorio en paciente intubado, aspiracion de secreciones, realizacion de inhaloterapia, realizacion de micronebulizaciones, rehabilitacion pulmonar. | Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO, Registros en hoja de monitoreo respiratorio. Registro en hoja de gases arteriales. |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | Realizacion de actividades de terapia respiratoria con atencion de paciente en area clinica. | Historia clinica. Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO. Protocolos, guias de atencion e intervencion. |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. | Realizacion de actividades de terapia respiratoria según orden medica y protocolos o guias de la institucion dispuestos para cada procedimiento y según insumos disponibles para la intervencion terapeutica. | Adherencia a guias. Protocolos de procedimiento, reglamento. |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. | Asignacion, y/o rotacion de personal de terapia respiratoria a las diferentes unidades de la subred segen la necesidad para realizacion de manejo de via aerea. | Disponibilidad de toma de muestras en diferentes Caps |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Rnformar al paciente y/o familiar sobre procedimiento a realizar, toma de gases arteriales, toma de muestras respiratorias etc., educacion sobre manejo de oxigeno domiciliario en casa, eduacacion sobre uso de inhaladores, limpieza de inhalocamara, ejercicicios respiratorios en casa , eduacaion sobre signos y sintomas respiratorios, prevencion de enfermedad respiratoria. verificacion de procedimintos para corregir o reforzar tecnica como en el caso de uno de incentivo respiratorio e inhaloterapia. | Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO, Entrega de folletos eduacativos. Seguimientos por medio de llamadas del programa SALA ERA |
| 6 | Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Realizacion de notas de evolucion en historia clinica electronica o manual donde se consigna estado del paciente y procedimieto realizado. Diligenciamiento de hoja de monitoreo ventilatorio. Diligenciamiento de formatos de facturacion diaria y actividades mensuales. diligenciamiento de formatos de SALA ERA, y de factores de riesgo. realizacion de registros de toma de muestras respiratorias. | Formato control estadistica y formato de facturación. Historia clinica. Notas de evolucion, |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. | Realizacion de intervencion terapeutica con cumplimiento de protocolos , normas de la institucion favoreciendo los derechos del paciente. Respetar los derechos de los pacientes. | No aplica |
| 8 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | Seguimiento y control ventilatorio en paciente intubado. Continuidad de tratamiento terapeutico entrega completa de evolucion , tratamiento realizados y pendientes en entrega y recibo de turno y consignacion en historia clinica. Realizacion de llamadas telefonicas a familiares de niños de SALA ERA , para seguimiento de evolucion del paciente e identificacion de simtomas respiratorios o factores de riesgo. | Historia clinica. Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO, Matriz Sala ERA |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Descripcion de manejo y procedimientos realizados en historia clinica junto con evolucion y resultado final de la intervencion. | Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. | Registro manual y sistematizado de las evoluciones de terapia respiratoria de forma completa inicio y final del tratamiento y las novedades que resultan de la atencion de paciente. | Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clinicos. | Se diligencia documento de historia clinica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta.realizacion de entrevista a paciente para recoleccion de datos tales como antecedentes; en un lugar privado oficina o consultorio medico. | Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. | Diligenciamiento de formatos de limpieza y desinfeccion de equipos, Diligenciamiento de formatos de inventarios de equipos medicos propios del ejercicio de terapia respiratoria. Adecuado uso de EPP, equipos medicos, control de insumos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes. | Formato de limpieza y desinfeccion. Formatos de inventarios de equipos de terapia. Formato entrega de EPP. |
| 13 | Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Reporte de equipos propios al area de recursos fisicos. | Reporte oportuno a área encargada |
| 14 | Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. | Participacion en actividades de acreditacion. Lectura e implementacion de guias, archivos y documentos generados por la institucion. Realizacion de encuestas y evaluaciones. | Evaluaciones de guias y protocolos. Utilización Almera, mesa de ayuda y Reporte sucesos seguridad del paciente |
| 15 | Participar en la programación de actividades del servicio. | Asistir a reuniones, capacitaciones. asignaciones de funciones. | Actas de asistencia y socializacioncapacitaciones, reuniones, asignaciones de funciones. |
| 16 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | Impletentacion de protocolo de inhaloterapia, SALA ERA, enfermedad respiratoria, toma de muestras, intubacion, toma de gases arteriales, limpieza y desinfeccion de areas y equipos. | Protocolos , guias , manuales, formatos y folletos de educacion. |
| 17 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Leer los formatos de la institución, conocer la institución. | A tavés de la pagina web y almera |
| 18 | Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. | Participo en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención. Realizar respuesta clara y oportuna de quejas, reclamos y sugerencias. | Correo Institucional |
| 19 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-SEAPB. | Presentar soportes acordes con la glosa o procesos de conciliacion. | Soportes de cobros |
| 20 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Realizó Notificación de los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Reporte sucesos seguridad del paciente |
| 21 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se realiza notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Fichas de notificacion |
| 22 | Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. | Se realiza de acuerdo a requerimiento. | No aplica |
| 23 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Eduacion sobre enfermedad respiratoria a paciente y familiar en los servicios de urgencias, hospitaizacion y consulta externa. Seguimientos de SALA ERA. Entregar folletos educativos. | Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO. Matriz Sala ERA |
| 24 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Asistencia a capacitacion en manejo de equipos tales como respiradores mecanicos, dispositivos de oxigenoterapia. Asistencia a reuniones para conocimientos de protocolos y nuevas guias. Asistencia a capacitaciones en secretaria de salud sobre guias de enfermedad respiratoria. | Actas de asistencia. Formato firmas de asistencia |
| 25 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Informar oportunamente cualquier imprevisto que se presente en el desarrollo de las actividades. | Se informa al jefe directo via telefonica |
| 26 | Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Facilitó labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | No aplica |
| 27 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Realizacion de plan de mejora a la que el servico de terapia respiratoria se ve sometido, suguiendo sugerencias y recomendaciones. Cumplió oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso. | Plan de mejora. Formato de acta |
| 28 | Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF | Incripcion al RETHUS. Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna. | Incripcion al RETHUS |

**Observaciones:**

**Firma del Contratista**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**C.C. 1.109.385.825 de LERIDA-TOLIMA**

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **Dra. CLAUDIA SILENIA NIÑO REY** |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de cobro 001 - 2021**

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
C.C. 1.109.385.825 de Lérida - Tolima

**LA SUMA DE:**

**Tres millones novecientos sesenta mil pesos ($3.960. 000)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3760 de 2021 correspondiente del 1/03/2021 al 22/03/2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Cordialmente,**

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
C.C. 1.109.385.825 de Lérida - Tolima
Teléfono: 3108557106 Dirección: Calle 13 sur # 8-50 quinta ramos 4
No Cuenta: 009500719399 ahorros Davivienda

Fecha: 22/marzo/2021

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-03-01, 09:56:00 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036118613

**Periodo Cotización** 202102 **Periodo Servicio** 202102

**Cliente:**

## PAGADA 2021-03-01

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SERGIO ANDRES QUEZADA | | | | |
| **Documento** | CC 1109385825 | **Dirección** | CRA 12 ESTE N. 11 25 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4731318 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1109385825 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 2.196.000 | 25-14 | | 16 % | $ 2.196.000 | $ 351.400 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 2.196.000 | $ 274.500 | $ 0 | 14-25 | 3 | 2,436 % | $ 2.196.000 | $ 53.500 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | COLMENA VIDA Y RIESGOS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 351.400 | $ 0 | $ 0 | $ 274.500 | $ 53.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 679.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14729939799

(415)7707212489984(8020) 000001472993979 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 1 0 9 3 8 5 8 2 5 | 8 | | 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 0 9 3 8 5 8 2 5 | 2 0 1 1 0 5 1 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Lérida 4 0 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| QUEZADA | MEDINA | SERGIO | ANDRES |

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 13 SUR 8 50 CONJ QUINTA RAMOS IV BL 4 AP 308

42. Correo electrónico andremelende@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 8 5 5 7 1 0 6 | 4 7 3 1 3 1 8 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 1 0 8 0 1 | | | | | | 2 2 2 3 | |

### 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 | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### 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 - 01 - 07 / 16 : 27: 42

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 QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Documento generado electrónicamente

Fecha generación documento PDF: 07-01-2021 04:34:27PM