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: PS 3597 2021 **C.D.P. No.:** 306-26 de Enero de 2021 **Proceso al que pertenece:** PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CAPS CHIRCALES

Nombre del Contratista: ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ **C.C.** 52.931.267 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2021-02-09 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 3.366.000 **Valor a cobrar:** $ 3.366.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	FEBRERO2021	$ 3.366.000	$ 416.000	1035834998
2	MARZO 2021	$ 3.366.000	$ 416.600	1035861331
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
$ 6.732.000	$ 6.732.000	$ 6.732.000	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVCIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLR ACTIVIDADES (DE SU PROFESION) . CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTREGRADA DE SERVICOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-03-31

	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 la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	Asesoria para usuarias que hacen presencia en la oficina, y requieren iniciar control prenatal, usuarios que requieran de los servicios de la subred para comenzar trataminetos, y notas para copagos; asimismo asesoria para población venezolana para legalizarce.	Firma en Formato de derechos e ingreso a aplicativo SIDMA, notas en Dinamica para soporte copagos,correos cuando el caso lo requiere.
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Se realizan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social, y reporte sire	Aplicativo SIDMA, DRIVES Institucionales.
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Se da respuesta a Interconsultas solicitas por el servicio de urgencias, hospitalizacion, y seguiminetos en consulta externa, y hospitalización de acurdo al caso que se presente.	Censo Diario/ Respuesta en Dinamica-Diligenciameinto de ficha SIVIM, Activación de Protocolo de Violencia (Oficios a Comisaria, Fisaclia, Entre otros).
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se realiza seguimiento a usuarios hospitalizados en condición de abandono y oxigeno requirientes a fin de agilizar gestión bien sea de institucionalización o egreso hospitalario en tiempo oportuno.	Notas de seguimiento en Historia Clinica y se actualiza drive de abandonos.
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Reporte a Secretaria de Integración Social para certificados como población en habitabilidad en calle, reporte a Grupo Quinci cuando sea necesario, Fiscalia, Migración Colombia. Enlace con area de patologia,entre otros.	Regsitro en Historia Clinica, Correo a Secretaria de integración Social, Fiscalia, Migración Colombia,formatos establecidos para reporte.
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	Se realizan 10 registros en aplicativo del SIDMA según barreras identificadas.	Registro Sidma (actividades individuales y actividades de seguimiento).

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

7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva.	Cumplimineto a directrices para afiliación, asesoria para acceso a controlesentre otros, se realiza seguimiento y orientaciones para eliminación de barreras de acceso.	Notas en Historia Clinica, correos a fundaciones, oficios e informes sociales.
8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso.	socilizarle a los usuarios las formas de participacion en las cuales se puede inscribir, dependiendo de la localidad en la que viva.	se remite a las referentes de particion social.
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaria Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población.	Se gestiona todo el tramite a pacientes en condición de abandono social desde proceso de cedulación hasta entrega en hogares de SDIS en momento de contar con cupo, se realiza registro de las acciones en el drive dispuesto para tal fin y en historia clinica. Registro de pobalcion de Etnias en el Drive.	registro en drive de la matriz de abando social.
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud.	Progarmacion mensual con lider del area. Protocolos de Bioseguridad vigentes.Informe mensual de las actividades de Trabajo Social (Drive de Trabajo Social unidades de Rafael Uribe Uribe)

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.** 52.931.267 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARCELA CASTELLANOS CABRERA
CARGO:	JEFE DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-03-16, 07:32:29 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1035861331 **Referencia pago(PIN)** 8837007670

Periodo Cotización 202103 **Periodo Servicio** 202103

Cliente:

PAGADA 2021-03-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ				
Documento	CC 52931267	**Dirección**	CRA 68 D 54A 80 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3013716436		
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 52931267						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	BUSTOS LOPEZ ANDREA CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

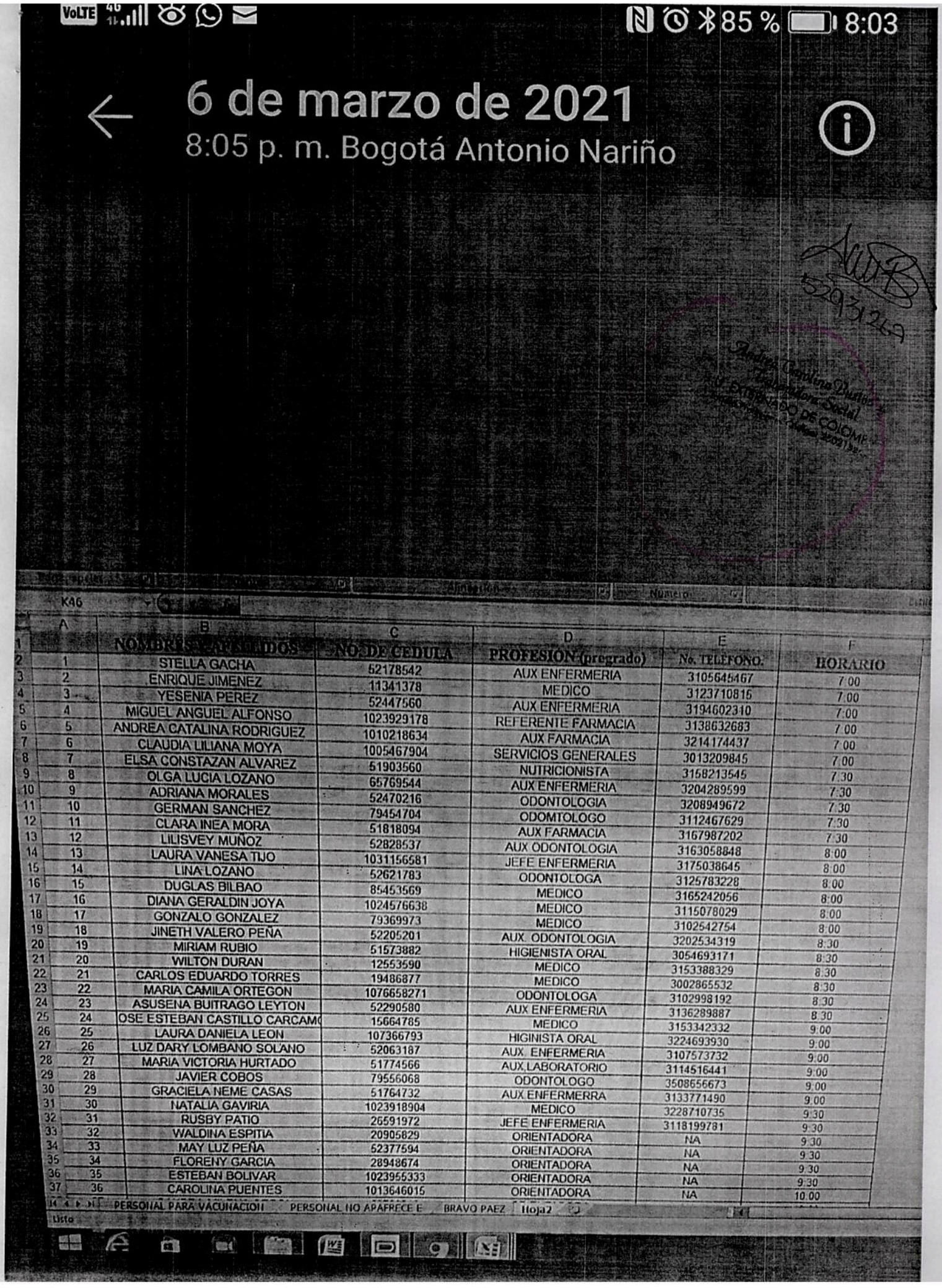
Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	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			$ 1.346.400	231001		16 %	$ 1.346.400	$ 215.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.346.400	$ 168.300	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.346.400	$ 32.800	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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 215.500	$ 0	$ 0	$ 168.300	$ 32.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 416.600

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!



6 de marzo de 2021
8:05 p. m. Bogotá Antonio Nariño

85 % 8:03

	A	B	C	D	E	F
1		NOMBRES Y APELLIDOS	NO. DE CEDULA	PROFESION (pregrado)	No. TELEFONO.	HORARIO
2	1	STELLA GACHA	52178542	AUX ENFERMERIA	3105645467	7:00
3	2	ENRIQUE JIMENEZ	11341378	MEDICO	3123710815	7:00
4	3	YESENIA PEREZ	52447560	AUX ENFERMERIA	3194602310	7:00
5	4	MIGUEL ANGUEL ALFONSO	1023929178	REFERENTE FARMACIA	3138632683	7:00
6	5	ANDREA CATALINA RODRIGUEZ	1010218634	AUX FARMACIA	3214174437	7:00
7	6	CLAUDIA LILIANA MOYA	1005467904	SERVICIOS GENERALES	3013209845	7:00
8	7	ELSA CONSTAZAN ALVAREZ	51903560	NUTRICIONISTA	3158213545	7:30
9	8	OLGA LUCIA LOZANO	65769544	AUX ENFERMERIA	3204289599	7:30
10	9	ADRIANA MORALES	52470216	ODONTOLOGIA	3208949672	7:30
11	10	GERMAN SANCHEZ	79454704	ODOMTOLOGO	3112467629	7:30
12	11	CLARA INEA MORA	51818094	AUX FARMACIA	3167987202	7:30
13	12	LILISVEY MUÑOZ	52828537	AUX ODONTOLOGIA	3163058848	8:00
14	13	LAURA VANESA TIJO	1031156581	JEFE ENFERMERIA	3175038645	8:00
15	14	LINA LOZANO	52621783	ODONTOLOGA	3125783228	8:00
16	15	DUGLAS BILBAO	85453569	MEDICO	3165242056	8:00
17	16	DIANA GERALDIN JOYA	1024576638	MEDICO	3115078029	8:00
18	17	GONZALO GONZALEZ	79369973	MEDICO	3102542754	8:00
19	18	JINETH VALERO PEÑA	52205201	AUX. ODONTOLOGIA	3202534319	8:30
20	19	MIRIAM RUBIO	51573882	HIGIENISTA ORAL	3054693171	8:30
21	20	WILTON DURAN	12553590	MEDICO	3153388329	8:30
22	21	CARLOS EDUARDO TORRES	19486877	MEDICO	3002865532	8:30
23	22	MARIA CAMILA ORTEGON	1076658271	ODONTOLOGA	3102998192	8:30
24	23	ASUSENA BUITRAGO LEYTON	52290580	AUX ENFERMERIA	3136289887	8:30
25	24	OSE ESTEBAN CASTILLO CARCAMO	15664785	MEDICO	3153342332	9:00
26	25	LAURA DANIELA LEON	107366793	HIGINISTA ORAL	3224693930	9:00
27	26	LUZ DARY LOMBANO SOLANO	52063187	AUX. ENFERMERIA	3107573732	9:00
28	27	MARIA VICTORIA HURTADO	51774566	AUX.LABORATORIO	3114516441	9:00
29	28	JAVIER COBOS	79556068	ODONTOLOGO	3508656673	9:00
30	29	GRACIELA NEME CASAS	51764732	AUX ENFERMERRA	3133771490	9:00
31	30	NATALIA GAVIRIA	1023918904	MEDICO	3228710735	9:30
32	31	RUSBY PATIO	26591972	JEFE ENFERMERIA	3118199781	9:30
33	32	WALDINA ESPITIA	20905829	ORIENTADORA	NA	9:30
34	33	MAY LUZ PEÑA	52377594	ORIENTADORA	NA	9:30
35	34	FLORENY GARCIA	28948674	ORIENTADORA	NA	9:30
36	35	ESTEBAN BOLIVAR	1023955333	ORIENTADORA	NA	9:30
37	36	CAROLINA PUENTES	1013646015	ORIENTADORA	NA	10:00

PERSONAL PARA VACUNACION | PERSONAL NO APARECE E | BRAVO PAEZ | Hoja2

Listo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIO SOCIAL DEL CASO

No. 108178

DATOS SUBRED - USS

Red de Atención: SUBRED CENTRO ORIENTE **Nombre USS:** HOSPITAL RAFAEL URIBE **NIT:** 8300776334

Punto de Atención: Cami Chircales

Trabajador Social: ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ **Tarjeta Profesional:** 52931267 **Fecha Estudio:** 07/03/2021

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O PERSONA QUE SOLICITA LA ATENCIÓN EN SALUD

Identificación:	CC: 1033743227	**Nombre:**	AGUIRRE QUIROGA ALEXANDER		
F. Nacimiento:	12/03/1992	**Dirección:**	NO APORTA		
Departamento:	BOGOTÁ D.C	**Localidad:**	RAFAEL URIBE URIBE	**Barrio:**	LA PAZ
Estrato:	1	**Celular:**		**Teléfono:**	3044516270
Email:		**Nacionalidad:**	COLOMBIA	**Etnia:**	Ninguno de los anteriores
Estado Civil:	Soltero(a)	**Sexo:**	Hombre	**Género:**	Masculino
Orient. Sexual:	Heterosexual	**M. Gestante:**	No Aplica	**Discapacidad:**	No aplica

Datos SISBEN:

Ficha:	3078669	**Puntaje:**	63.88	**Nº Solicitud:**	0

Datos Acudiente:

Identificación:		**Nombre:**	**Télefono:**

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN DE ASEGURAMIENTO DEL USUARIO

Se acerca a la unidad de CAPS CHIRCALES EL SEÑOR ALEXANDER AGUIRRE QUIROGA solicitando la oferta de servicios de salud por Fondo Financiero Distrital como población vinculada, debido a que argumenta NO CAPACIDAD DE PAGO para afiliarse a una EPS Contributiva o pagar el 100% de las atenciones que requiera, se realiza estudio social de caso y acta juramentada con el fin de soportar la atención por Fondo Financiero Distrital.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Diagnóstico social)

El señor Alexander asiste al servicio de urgencias del caps chircales por una mordedura de perro, paciente con adecuada red de apoyo familiar. Se realiza verificación de datos en el sistema y registra con TI 92031250520 con puntaje de sisben 63.88

ANTECEDENTES FAMILIARES

El señor Alexander refiere que nació en la ciudad de Bogotá, proviene de una familia nuclear la cual está conformada por sus padres y hermanos. nunca se ha organizado y no tiene hijos, actualmente vive con su madre la señora Maria Quiroga y su hermano el señor German Aguirre.

ANTECEDENTES LABORALES-INGRESOS PERSONALES Y FAMILIARES

El señor Alexander refiere que se desempeña como independiente, con ingresos mensuales de 400.000 mil, pesos los gastos son de servicios 200.000 mil pesos y alimentación 300.000 mil pesos mensuales, la casa en la que vive es familiar.

REDES-FAMILIARES-COMUNITARIAS-INSTITUCIONALES

La red de apoyo familiar del señor Alexander es su progenitora con quien tiene buenas relaciones basas en el respeto y comunicación. No cuenta con re de apoyo comunitario o institucional

CONCEPTO SOCIAL

El área de Trabajo Social de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud CAPS CHIRCALES, realiza Estudio Social de Caso y Acta Juramentada con el fin soportar la NO CAPACIDAD DE PAGO ALEXANDER AGUIRRE QUIROGA y su núcleo familiar para afiliarse a Régimen Contributivo debido a las difíciles condiciones económicas por las que atraviesan.

De acuerdo al decreto 780 Articulo 2.1.1.4 Aplicación del principio de la buena fe, se presumirá que sus afirmaciones y manifestaciones corresponden a la verdad material.

Declaro que:

- No cuento con los ingresos suficientes para afiliarme al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo.
- Requiero de servicios de salud y no cuento con capacidad de pago para asumir el 100% del costo de dichas atenciones.
- Requiero del subsidio a la oferta de servicios de salud para la garantía de mi derecho a la Salud.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo, este documento.

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

HUELLA

Responsable o funcionario que aplicó el estudio social del caso en la E.S.E

Vigencia Estudio Social del Caso: **07/09/2021**

Firma: Andrea Carolina Bustos L. Trabajadora Social

Nombre: ANDREA CAROLINA BUSTOS LOPEZ

Identificación: CC: 52931267

Tarj. Profesional: Tarjeta Profesional Codigo: 250215208

EL PROFESIONAL RESPONSABLE MEDIANTE ESTE ESTUDIO SOCIAL DE CASO DEMUESTRA LA NO CAPACIDAD DE PAGO DEL USUARIO Y ESTE DOCUMENTO ES VALIDO SOLO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS SUB REDES INTEGRADAS DE PRESTACION DE SERVICIOS, LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIO, Y LAS INSTITUCIONES QUE SE DETERMINEN EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONTRATO DEL FFDS, TIENE VALIDEZ DE HASTA 6 MESES APARTIR DE LA FECHA DE APLICACIÓN, O SEGÚN LO DESCRITO EN EL SEGUIMIENTO DEL CASO.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

La tecla Bloq Mayús está activada

¿Se requieren emis...

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		
☐	PS3597MESFEBRERO2021.pdf	PS3597MESFEBRERO2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

OK

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14506851001

(415)7707212489984(8020) 000001450685100 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 3 1 2 6 7	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52931267	2 0 0 0 1 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUSTOS	LOPEZ	ANDREA	CAROLINA

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

41. Dirección principal: CR 68 D 54 A 80 SUR BRR VILLA DEL RIO

42. Correo electrónico: andrea.carolina.bl@gmail.com

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

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 2 9 9	2 0 1 4 1 2 2 2						

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	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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 renovació

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 04 - 15

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 SANCHEZ VEGA LUZ ADIELA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO