Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D C
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BLANCA CECILIA MORENO SALAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51960868						
CORREO ELECTRONICO:	cecilmoreno1993@gmail.com				CELULAR:	3153273861						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBÓN ZONA FRANCA FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K31	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	451870030132								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3475-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	288	**FECHA**	23/02/2021	**NÚMERO DE CRP**	18157	**FECHA**	28/02/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	3	2021		31	3	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.668.657								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						
OBSERVACIONES: Ninguna									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.337.314
VALOR EJECUTADO	$9.337.314
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.668.657
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.271.315** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
49332146	$1.867.462	$233.433	$298.794	3	$45.491	**$577.718**

Dado en Bogotá en el mes de MARZO del año Dos Mil Veintiuno (**2021**). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

BLANCA CECILIA MORENO SALAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL			**Sede:** FONTIBÓN ZONA FRANCA FO09						
No. DE CONTRATO:	3475-2021	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	3	2021		31	3	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BLANCA CECILIA MORENO SALAS			C. C.	51.960.868			DE	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS SEGÚN EL PLAN DE ACCIÓN DEL PROYECTO, PLANIFICACIÓN Y ALINEACIÓN DE CRITERIOS.	ACTAS DE REUNIÓN, LISTADOS DE ASISTENCIA, HERRAMIENTAS DISEÑADAS Y/O ACTUALIZADAS
Brindar asesoria tecnica a la comunidad en normatividad Sanitaria y Ambiental.	SI	ACTIVIDADES DE CONVOCATORIA CON EMPRESAS SOCIALIZANDO LAS ACTIVIDADES, METODOLOGÍA Y BENEFICIOS POR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO	CORREOS ELECTRÓNICOS, ACTAS DE VISITA DE ACERCAMIENTO, COMUNICADOS VIA WHATSAPP Y/O LLAMADAS TELEFÓNICAS
Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las visitas o acciones a realizar y realizadas.	SI	CRONOGRAMA DEL MES DE MARZO PRESENTACIÓN DE AUDITORIA ENE - FEB 2021 ELABORACIÓN Y ENVÍO INFORME TRIMESTRAL DIC 2020 - MARZO 15 DE 2021, INFORME CONSOLIDADO JUN 2020 - MARZO 15 DE 2021	CRONOGRAMA DEL MES CONSOLIDADO EN TABLERO DE CONTROL, SEGUIMIENTO A CONVOCATORIA. ACTA CON RESULTADOS DE AUDITORIA INFORMES ENVIADOS A TRAVÉS DE CORREO ELÉCTRÓNICO A LÍDER OPERATIVO
Entregar oportunamante los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros.	SI	DILIGENCIAMIENTO SEMANAL DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO	FORMATO DE SEGUIMIENTO DILIGENCIADO
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.	SI	SE HACE SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN DEL PROYECTO CON CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES Y ACCIONES DE MEJORA. RETROALIMENTACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA PARA DEFINICIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.	LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES PARA SEGUIMIENTO, SOCIALIZACIÓN Y/O AJUSTE DEL PLAN DE ACCIÓN. ACTA DE REUNIÓN CON PROPUESTAS E IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA
Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (Software), definicion de la auditoria de los documentos cientificos y de mas informacion que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de vigilancia sanitaria y ambiental y de vigilancia en salud publica.	SI	SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD RELACIONADA CON LAS VISITAS REALIZADAS Y LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR LAS EMPRESAS CONVOCADAS.	SOPORTES EN CUSTODIA, REGISTROS DE CORREO ELECTRÓNICO
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada.	SI	SE INFORMA A LOS LÍDERES OPERATIVOS SOBRE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE PUEDA INTERFERIR EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.	COMUNICADOS POR CORREO Y CHAT
Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnetico de facil consulta y verificacion.	SI	SE LLEVA ARCHIVO FÍSICO Y MAGNÉTICO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROYECTO.	EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DEL ARCHIVO
Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	SI	SE DA ATENCIÓN A SOLICITUDES PRESENTADAS POR LAS EMPRESAS INTERESADAS EN LA VINCULACIÓN AL PROYECTO POR MEDIO ELECTRÓNICO, PRESENCIAL Y/O TELEFÓNICO	REGISTRO TELEFÓNICO, WHATSAPP, CORREOS ELECTRÓNICOS Y/O ACTA DE REUNIÓN.
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados.	SI	SE REALIZAN REUNIONES LOS DÍAS 3, 4, 5, 9, 12, 17, 18, 23, 24, 25 Y 29 DE MARZO PARA SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN MARZO -JUNIO 2021, PLANIFICACIÓN Y ALINEACIÓN DE CRITERIOS, CONVOCATORIA EMPRESAS 2021. PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO DE INDUCCIÓN.	ACTA DE REUNIÓN, LISTADO DE ASISTENCIA, INVITACIÓN Y PANTALLAZOS DE REUNIÓN VIRTUAL. PRESENTACIÓN, LISTADO DE ASISTENCIA DEL EVENTO.
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	SE PROMUEVE EL CUIDADO Y CUSTODIA DEL PATRIMONIO INSTITUCIONAL	CARNÉ EQUIPO DE COMPUTO INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO ENTREGA DE UNIDADES DE CONSERVACIÓN
Adelantar la gestión intersectorial o con espacios privados a nivel local y apoyar la elaboración de documentos, procedimientos o herramientas que permitan el fortalecimiento del desarrollo de las acciones de vigilancia intensificada en articulación con la referencia de nivel central.	SI	REUNIÓN VIRTUAL CON FUNCIONARIA DE ANDIGRAF DEL ÁREA DE DESARROLLO EMPRESARIAL, PARA SOCIALIZAR EL PROYECTO E INVITAR A EMPRESAS AFILIADAS A VINCULARSE INSCRIPCIÓN COMO CONFERENCISTA ALIADO DE LA CCB PARA PARTICIPAR EN FERIA EMPRESARIAL DEL 7 Y 8 DE ABRIL.	INVITACIÓN A REUNIÓN, CORREOS, PANTALLAZOS. FORMULARIO DILIGENCIADO.
Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interés del área de Salud Pública o demás actividades de la subred, cuando sea requerido.	SI	SE REALIZA ACTIVIDAD DE CONVERSATORIO DE ACUERDO A LA TEMÁTICA CORRESPONDIENTE O DILIGENCIAMIENTO DE ENCUESTAS SUBRED, EN LAS FECHAS INDICADAS.	SOPORTE DE CONVERSATORIOS Y OTROS DOCUMENTOS DILIGENCIADOS SEGÚN FECHAS ESTABLECIDAS.
Conocer, promover y aplicar las Politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred.	SI	SE IMPLEMENTA LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CON LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO.	EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DEL ARCHIVO
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad.	SI	SE IMPLEMENTAN LAS NORMAS EN GESTION AMBIENTAL, RESIDUOS, SALUD OCUAPACIONAL Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES CON LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO	EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DEL ARCHIVO
Transversales: 1. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol. 2. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. 3. Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución. 4. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que lo sean asignados y/o delegados 5. Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred 6. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios. 7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros) 8. Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse. 9. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera. 10. Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables. 11. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. 12. Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente. 13. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. 14. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los líderes operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central. 15. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo. 16. Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la línea de intervención según sea requerido. 17. Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos. 18. Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera. 19. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.	SI	SE IMPLEMENTAN LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LAS SUBRED EN CADA UNA DE LAS EMPRESAS INTERESADAS EN VINCULARSE AL PROYECTO	ACTAS DE REUNION CORREOS ELECTRONICOS INFORMES DE GESTIÓN

TOTAL A PAGAR (Número y letras): CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE($4'668.657)

BLANCA CECILIA MORENO SALAS C.C 51.960.868 de Bogotá

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51960888	Blanca Cecilia Moreno Salas	Cra. 12 Bis No. 34 - 55 sur Casa 48	3666993	blamosal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-02	2021-02	I	18/03/2021	49332146	$615.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	233.500	0		0		0	0	0	0	233.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	298.800	0	0	0	0	0	0		298.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.500				45.500	0	0	45.500			455	45.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	37.400	0	0	37.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	233.500	233.500
Pensión	1	298.800	298.800
Riesgos Laborales	1	45.500	45.500
CCF	1	37.400	37.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	615.200	615.200

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51960868	Blanca Cecilia Moreno Salas		Cra. 12 Bis No. 34 - 55 sur Casa 48	3666993	blamosal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	16/03/2021	49332146	$615.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. estudio	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51960868	MORENO SALAS BLANCA CECILIA	59	0			N																	230301	1.867.462	298.800	0	0	0	0	EPS008	1.867.462	233.500	14-11	1.867.462	3	45.500	CCF21	1.867.462	37.400	0	0	0	0	0

Bogotá DC., 19 de marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO X cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
María Alejandra Cañas Moreno	107249173	Hija	20	7° semestre	Universidad de la Salle
Manuela Antonia Salas	41372535	Mamá	78		

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI X NO _____
5. SI _____ NO X mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO X mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $ 0
8. Solicito SI _____ NO X realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI X NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO _____

Atentamente

NOMBRE Blanca Cecilia Moreno Salas
C.C 51960868
UNIDAD Fontibón

FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14500988476

(415)7707212489984(8020) 000001450098847 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 9 6 0 8 6 8	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	51960868	19870928

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	SALAS	BLANCA	CECILIA

Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 12 BIS 34 55 SUR CA 48

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ceilmoreno1993@gmail.com		9239023	3153273861

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2
8692	20100901				

Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
1314	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2019 02 20

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: MORENO SALAS BLANCA CECILIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BLANCA CECILIA MORENO SALAS

C.C 51'960.868 DE BOGOTÁ

La suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($4'668.657), por concepto de servicios profesionales en Ingeniería Química – profesional especializado, durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3475/2021.

BLANCA CECILIA MORENO SALAS

CC 51'960.868 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 451870030132