

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y

NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

52,216,500

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 5105 2024

FECHA INICIO CONTRATO

1/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 2,921,644

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

VEINTE (20) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 8,774,932

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:**

\$ 3,347,854

Nº DE INFORME:

1

N° CRP:

43502

N° CDP:

2905

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

2 MESES

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SÍ	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
------	---

1	<p>1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar Actividades y productos correspondientes a la obligación del contrato. Revisión de productos de los 4 subsistemas, realización con calidad y oportunidad obligaciones contractuales</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_octubre</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma ejecutado del mes de octubre 2 al 15 de 2024 y proyección de octubre 16 al 31 de 2024. Archivo carpetas cronogramas custodia de coordinación, DRIVE</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_octubre</p>
3	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamiento a talento humano, realización plan acción de septiembre de 2024, proyección octubre 15, realización y verificación de factura del mes de octubre 15, realización SEGPLAN cuatro subsistemas No transmisibles</p> <p>Reunión de líderes de proceso. Programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_GESTION_INFORMATICA_SUBSISTEMAS_octubre</p>
4	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia Reunión de área VSP Realización reunión Equipo no transmisible. Asistencia reunión de líderes. Reunión articulación asistencias técnicas públicas y privadas SISVESO. Espacio de Direcciónamiento Estratégico Mes de Octubre gestión y políticas. Reunión de socialización de lineamientos Subsistemas crónicos y enfermedades huérfanas vigencia 16 de octubre noviembre 30. Desarrollar el seguimiento, ajustes al plan de acción agosto y realización del mes de septiembre y proyección a 15 de octubre, Asistencia a articulación con análisis y políticas. SOPORTES ASISTENCIAS EN CUSTODIA DE LA COORDINACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_octubre</p>
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de líderes de proceso, programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema, lectura, apropiación y socialización de lineamientos. SOPORTES ASISTENCIAS EN CUSTODIA DE LA COORDINACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_LIDER</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones y asesorías integrales extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil profesional especializado y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización asistencia técnicas No transmisibles SISVESO upgds privadas Acompañamiento terreno a IEC crónicos. SOPORTES ASISTENCIAS EN CUSTODIA DE LA COORDINACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_LIDER</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar el direccionamiento técnico según los lineamientos distritales del sistema de vigilancia epidemiológica en la red de prestadores públicos y privados.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura y socialización lineamientos y precisiones a los 4 subsistemas, reuniones gestión de la información con coordinadora de vigilancia socialización de ajustes al evento 115, seguimiento a la notificación de los eventos no transmisibles</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_LIDER</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento de IEC por subsistema mes de octubre 15, seguimiento en campo al subsistema de Crónicos en Investigación epidemiológica de campo, verificación y realización de preaditoria.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_LIDER</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: participación reunión con gestión y políticas.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Ejecutar las políticas y programas de la dimensión en salud pública en emergencias y desastres para las intervenciones realizadas en atención de brotes, en los sistemas de información de la vigilancia epidemiológica</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento del producto de IEC por subsistema para realización de la poblacional, seguimiento a la notificación de los evento 115, 155 y 342</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES</p>
11	<p>1. OBLIGACIÓN: apoyar los procesos de salud pública en emergencias y desastres establecidos en el marco del contrato PIC contemplados en las políticas, planes, nacionales.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el periodo ejecutado no se presentaron actividades a realizar</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): no aplica</p>
12	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar análisis de situación en salud de los eventos de interés en salud pública desde los diferentes entornos y componentes del PSPIC para la toma de decisiones</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de líderes SEMANAL análisis de los ajustes pendientes por realizar de 115.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES</p>
13	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar actividades, ejecución, orientación, coordinación y/o apoyo de eventos de interés en salud pública, bajo los lineamientos y protocolos establecidos a nivel distrital y nacional</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza revisión a los productos de los 4 subsistemas semanal. Seguimiento a la notificación de los evento 115, 155 y 342 Alistamiento, organización y realización asistencias técnicas subsistema de SISVESO. Consolidación y cierre de asistencias técnicas no transmisibles.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_LIDER- 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_SISVESO_ASISTENCIAS TECNICAS</p>
14	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión y organización de carpetas y mes de Septiembre 2024</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_GESTION_DOCUMENTAL_FUID 2024</p>

15

1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega y revisión de productos. Realización factura, vigilar los procesos de notificación con calidad, veracidad y oportunidad correspondiente a los eventos de interés en salud pública del componente no transmisibles. Realización y revisión de cronograma, informe de actividades, preauditoria personal.

Verificación talento humano requerida.

3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_LIDER_octubre

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	0
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ -
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ -
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		\$ -
OTRO	CCF COMPENSAR		\$ -
TOTAL PAGADO			\$ -

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.

2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)

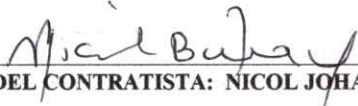
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .

4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

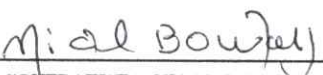
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

CC: 52.216.500

CEL 3108341219

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16		
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024						
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO			CC:	52.216.500	
CORREO ELECTRÓNICO:	borray16@gmail.com			RUT (NIT):	52216500 - 9	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 B 134 B 63 AP 806			TELÉFONO:	3108341219	
				CIUDAD:	BOGOTA	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomaré costos y deducciones			()			
SI tomaré costos y deducciones			(X)			
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.						
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS		TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA:	007907749	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5105 2024	Nº CDP:	2905	Nº. RP:	43502	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 8.774.932
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.347.854					
	TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS					
<div></div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO						
C.C:	52.216.500					
CEL:	3108341219					

--	--

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

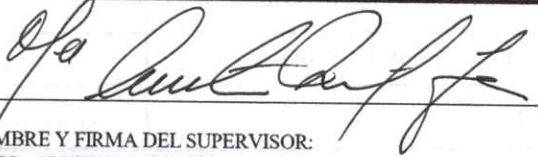
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **1/10/2024** al **15/10/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

PS 5105 2024

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 17/10/2024 al 31/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON

CARGO:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52216500**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Nicol Johanna Borray Santofimio, identificado(a) con CC número 52216500, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52216500
NOMBRES Y APELLIDOS	Nicol Johanna Borray Santofimio
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/05/1977
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	107 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52216500 NICOL JOHANNA BORRAY
SANTOFIMIO Desde 01/07/2022 - Vigente



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52216500	NICOL BORRAY	RIESGO 3	3	2.436%	14/10/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 2 de Octubre del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141117699159



(415)7707212489984(8020) 0000141117699159

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 2 1 6 5 0 0

6. DV

9

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

5 2 2 1 6 5 0 0

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BORRAY

32. Segundo apellido

SANTOFIMIO

33. Primer nombre

NICOL

34. Otros nombres

JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 59 56 63 TO 1 AP 704 BRR QUIRINAL

42. Correo electrónico

nicolborray@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 5 7 2 7 6 0 1

45. Teléfono 2

3 1 0 8 3 4 1 2 1 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

7 4 9 0

2 0 1 6 1 2 1 3

8 6 2 2

2 0 0 3 0 6 2 5

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

2024 - 08 - 21 / 21 : 09 : 22

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE