INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DE PAGO FINAL (Persona Jurídica)	Versión 10
			2021-01-22
		FOR-A02.0000-015	Página 1 de 1

EL(LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) HACEN CONSTAR LA SIGUIENTE EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO / ACEPTACIÓN DE OFERTA/ ORDEN DE COMPRA:

IDENTIFICACION DEL CONTRATO

No. de Contrato / Aceptación de oferta / Orden de Compra	**167 de 2021**	**No. de identificación del contratista:**	900849809-0		
Nombre del contratista:	Quirón Unidad Médica SAS				
Objeto contractual: Prestar los servicios de evaluaciones médicas ocupacionales para los funcionarios y los contratistas del Instituto Nacional de Salud y los análisis de puesto de trabajo que se requieran durante la vigencia del contrato.					
Fecha de suscripción:	26/04/2021	**Fecha de inicio:**	26/04/2021	**Fecha fin:**	15/12/2021
Contrato suspendido	**Si( )** **No(x)**	**Desde el día:**		**Hasta el día:**	

EJECUCION FINANCIERA

VALOR TOTAL (INCLUIDAS LAS ADICIONES)	$ 8.703.000
Valor total ejecutado	$6.197.000
Valor pagado o desembolsado al contratista.	$0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$6197.000
VALOR A LIBERAR	$2.506.000

APROBACIÓN DE PAGOS

Que de acuerdo a las entregas realizadas a la fecha y realizada la verificación del pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscal, se puede proceder al siguiente pago:

Factura / Cuenta Número:	FE-1505	**Con fecha de expedición:**	15/12/2021	**Valor TOTAL de la factura:**	$408.000

Nombre del rubro	**Código del Rubro**	**No. Registro Presupuestal**	**Valor a Cargar**
Adquisición de bienes y servicios – servicios de implementación sistemas de gestión – fortalecimiento entorno laboral saludable del instituto nacional de salud.	C-1999-0300-6-0-1999061-02-11	***68621***	***408.000***
		TOTAL	***408.000***
Observaciones:			
Se debe adjuntar: Comprobante de aportes al SGSSS, parafiscales y RUT Vigente			

RESPONSABLE(S)

Dado en Bogotá, D.C., el día 28 de Diciembre de 2021

Diana Rocio Rojas Lasso
Coordinadora Grupo de Gestión del Talento Humano

(1) Contrato No.	**167 de 2021**		
(2) Nombre del Contratista y/o Representante Legal:	Quirón Unidad Médica SAS		
(3) Nombre del supervisor y/o interventor:	Diana Rocio Rojas Lasso		
(4) Director de Proyecto/Dependencia:	**Gestión del Talento Humano**		
(5) No. extensión o teléfono del supervisor:	**1443**		
(6) Objeto del contrato:	Prestar los servicios de evaluaciones médicas ocupacionales para los funcionarios y los contratistas del Instituto Nacional de Salud y los análisis de puesto de trabajo que se requieran durante la vigencia del contrato.		
(7) Fecha de inicio:	26/04/2021	**(8) Fecha terminación:**	15/12/2021
(9) Período objeto del informe:	**16 de noviembre al 15 de diciembre de 2021**		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios Supervisor
Practicar los exámenes medico ocupacionales a los servidores públicos y contratistas del Instituto Nacional de Salud.	Se han realizado exámenes médicos periódicos	Certificación medica	
Coordinar con el supervisor del contrato la programación de los exámenes médico, teniendo en cuenta la jornada laboral, la ubicación de la sede entre otras variables.	Se realiza la programación de los exámenes médicos por medio de correo electrónico con información del lugar fecha y hora de la cita.	Soporte de correo electrónico.	
Cumplir con establecido en la Resolución 2346 de 2007 del ministerio de la protección social en cuanto a la práctica de evoluciones medicas ocupacionales, al personal responsable de realizarlas y el manejo, reserva y custodia de las historias clínicas ocupacionales.	Se realiza un diligenciamiento de consentimiento informado en donde se manifiesta la confidencialidad de la información.	Dentro del certificado concepto medico se evidencia el conocimiento informado	
Realizar los exámenes médicos periódicos y los análisis de puesto de trabajo en las instalaciones del instituto nacional de salud ubicadas en la av calle 26 No 51 – 20 de la ciudad de Bogotá D.C.	Se realiza brigada para exámenes médicos periódicos en las instalaciones del INS	Soporte correo de divulgación.	
Garantizar que el consultorio donde se realicen las evaluaciones medicas ocupacionales	Licencia de registro medico	Se cuenta con copia de registro médico.	

(ingreso, egreso y post incapacidad) cuente con los equipos médicos y el personal técnico, tecnológico y profesional necesarios para la ejecución del contrato según lo establecido en la resolución 2346 de 2007				
Velar por que las instalaciones (consultorio y/o centro médico) dispuestos para la ejecución del contrato se encuentren en óptimas condiciones de salubridad.	Por información brindada por funcionarios indican que el lugar está en óptimas condiciones.			
Prestar el servicio con equipos médicos que se encuentren en excelentes condiciones durante la totalidad del término del contrato.	Por información suministradas de los funcionarios indican que los equipo utilizados se encuentran en buenas condiciones			
Presentar e informar las recomendaciones que se deben adoptar según el caso, cuando se presenten restricciones para el trabajo del funcionario en caso de que aplique.	Se reciben los conceptos médicos de los funcionarios	Soporte de correo electrónico con el concepto.		
Guardar y custodiar la información de los exámenes médicos ocupacionales y/o de las historias ocupacionales en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 2de la resolución 1918 de 2009 la cual modifica el Artículo 17 de la resolución 2346 del 2007 – custodia y entrega de las evaluaciones medicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales.	Se realiza un diligenciamiento de consentimiento informado en donde manifiesta la confidencialidad de la información.			
Entregar una certificación firmada por el representante legar del Contratista donde se comprometen a custodiar las historias clínicas ocupacionales de conformidad con l normativa legal vigente aplicable dentro de los tres días siguientes al inicio de la ejecución del contrato.	Certificación firmada	Soporte de correo electrónico		
Realizar las valoraciones medicas ocupacionales con	Licencia de registro medico	Se cuenta con copia de hoja de vida y registro		

médicos especialistas en Medicina del Trabajo o salud ocupacional, con licencia vigente de presentación de servicios de salud ocupacional, de conformidad con lo establecido en el Artículo 9 de la Resolución 2346 de 2007				
Informar al supervisor del contrato de cualquier inconveniente que se presente en la realización de los exámenes médicos ocupacionales y/o cualquiera de las actividades descritas en las especificaciones o condiciones técnicas, del mismo modo en caso de que el servidor público o contratista no autorice la realización de su examen esta situación debe ser también notificada inmediatamente al supervisor del contrato	No se presentó ninguna novedad.			
Realizar los análisis de puesto de trabajo requeridos de acuerdo a énfasis requerido, de acuerdo con lo señalado en el proceso de calificación que inicie el trabajador	No se realizaron requerimientos de APT			
Entregar el informe respectivo de Análisis de puesto de trabajo APT al supervisor del contrato a más tardar dentro de los 8 días calendario siguientes a la realización del APT	No se realizaron solicitudes de APT			
Garantizar que durante la realización de los exámenes médicos ocupacionales no se realice ningún tipo de comercialización, ventas y ofertas de productos o intervenciones quirúrgicas	Por información de los funcionarios indican que no les realizaron ningún tipo de ofrecimientos de servicios adicionales.			
Remitir a l supervisor del contrato un informe general y especifico en medio físico y magnético sobre el estado actual de salud de los funcionarios de conformidad con los requerimientos señalados para este documento ¡, el	Radicado del informe	Informe en físico y magnético de reporte de condiciones de salud de acuerdo con los parámetros establecidos.		

cual debe indicar de manera las clara las alteraciones encontradas, los posibles factores de riesgo ocasionados por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo que las generan o agraven las recomendaciones que se deben adoptar, el manejo preventivo, el informe debe permitir filtrar a los trabajadores por programa de vigilancia epidemiológicos a los cuales deben incluir cada uno de los funcionarios así mismo debe contener la descripción socio demográfica de los trabajadores (edad, sexo, escolaridad estado civil) la caracterización de sus condiciones de salud, la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los trabajadores tanto de origen laboral como común y los resultados de las evaluaciones medicas ocupacionales				
Entregar mensualmente al supervisor un informe de los exámenes médicos ejecutados	Se recibe soporte con listado de nombre, fecha y tipo de examen	Soporte físico junto a factura.		
Entregar los certificados médicos de aptitud laboral por cada trabajador en el que se registre si el trabajador es apto, apto con restricciones o no apto al supervisor del contrato. En caso de requerirse estos certificados deben contener las recomendaciones laborales a las que haya lugar, los certificados médicos en las valoraciones de ingreso y retiro deberán entregarse al supervisor el mismo día de su realización en cuanto los certificados médicos de aptitud de las valoraciones medicas periódicas deben ser entregados al supervisor del contrato en físico a más tardar dentro de los 15 días hábiles	Se reciben las certificaciones médicas del personal que fue solicitado.	Soporte correo electrónico		

posterior a la realización del mismo				
Practicar los exámenes médicos con cada uno de los especialistas requeridos en un tiempo no menor de 20 minutos por consulta	La programación de los exámenes médicos tiene una duración de 20 minutos por cada especialidad.			
Entregar las evaluaciones medicas ocupacionales debidamente firmadas por el trabajador y por el medico evaluador, con indicación de los números de registro médico y de la licencia en salud ocupacional indicando el tipo del examen médico ocupacional	Exámenes médicos de ingreso, egreso, periódicos y post incapacidad.	Soporte certificados médicos		
Asegurar la prestación del servicio durante ocho horas al día de cada uno de los profesionales requeridos para los exámenes	Se realizaba programación para la atención del servicio.			
Suministrar los materiales y equipos (bata, guantes, fonendoscopio, camilla, tensiómetro, equipo de órganos bascula, tallimetro baja lenguas, metro, martillo de reflejos, papelería entre otros)necesario para realizar los exámenes	Se evidencia que cuentan con el material solicitado y en buen estado			
Guardar la reserva y ejercer la custodia del original de la historia clínica	Cuenta con reserva de historia clínica.			
Presentar dentro de los 3 días hábiles posteriores al inicio de la ejecución de la aceptación de oferta las hojas de vida con los soportes que acreditan la experiencia y formación académica de los profesionales que prestaran el servicio con sus respectivas licencias de salud ocupación para verificación del supervisor al menos un médico especialista según tipo de examen que se practique (médico general, optómetra y laboratista clínico si aplica),	Se recibe documentación que abala la experiencia y la formación académica de los médicos	Se cuenta con copia de hoja de vida, registro médico, licencia en salud ocupacional.		
Garantizar que en caso de que sea necesario aportar valoraciones complementarias	Por información de varios funcionarios indican que el medico les realizo la lectura			

(exámenes de laboratorio) al examen médico ocupacional periódico estas deben ser analizados por el médico en la respectiva evaluación médica ocupacional y harán parte de la historia clínica ocupacional	de los exámenes de laboratorios.			
Garantizar que durante toda la ejecución contractual, el personal dispuesto para la prestación del servicio cuenta con la dotación, equipos, elementos de protección personal necesarios en la labor a desarrollar.	Se evidencio que el personal durante la ejecución de sus labores cumplió con el uso de los EPP, así como el uso de tapabocas permanente debido a la emergencia sanitaria.			
100% DE AVANCE ACUMULADO				

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:

DIANA ROCIO ROJAS LASSO

Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: 27 DE DICIEMBRE DEL 2021 Bogotá, D. C.,

QUIRON UNIDAD MEDICA SAS
NIT 900.849.809-0
CARRERA 49C No. 93-22
Tel: (1) 4758989 - 3104736511
Bogotá - Colombia
contaquironips@gmail.com
www.quironips.co

Factura electrónica de venta
No. FE-1505

Señores	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - INS		
NIT	899.999.403-4	Teléfono	(031) 2207700
Dirección	AV 26 # 51 20	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/12/2021, 16:28
Expedición	15/12/2021, 16:31
Vencimiento	14/01/2022

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	2.00	15,000.00	30,000.00
2	EXAMEN PERIODICO	27.00	14,000.00	378,000.00

Total items: 2

Valor en Letras:
Cuatrocientos ocho mil pesos m/cte

Total Bruto	408,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	408,000.00

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2022-01-14 por $ 408,000.00

Observaciones:
#$19-03-00; INS-SMC-167-2021; drojas@ins.gov.co#$

Orden de compra: -

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S NIt: 830.048.145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764016360453 aprobado en 20210813 prefijo FE desde el número 1092 al 10000 Vigencia: 12 Meses**

Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa

Responsables del impuesto sobre las ventas - IVA

CUFE: 48c3fa3c2e762e67ed0d5daeb259ecba37a181d407a10097063620ed6cb914991a51345139f0d3cd945fb2438544a1e8

documento	pacienteNombres	apellidosPaciente	fechaAtencion	servicio	VALOR UNITARIO
1094890387	VICTOR EDUARDO	CASALLAS BEDOYA	16/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
80831430	MICHEL ANDRES	GARCIA OTALORA	16/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
52327051	MARIA EUGENIA	PINILLA SARAZA	16/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1012389474	ANDERSON STEV	PARDO	17/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
3091822	CARLOS ANTONIO	CASTRO SANDOVAL	17/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1018479683	AURA MILENA	URREGO ROLDAN	17/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1010219752	FRANCIA PATRICIA	CORREA CIFUENTES	18/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
33367544	RUTH MARIELA	CASTILLO MORALES	18/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
101017207	ANDREA JINETH	RODRIGUEZ REYES	19/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
59856592	LUZ MARGARITA	ESTRADA	19/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1014200733	JEIMY PATRICIA	PARIAS REY	19/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1032362836	MONICA CAROLINA	CARREÑO NIÑO	19/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1026565155	JONNATHAN YESID	ESPINOSA BLANCO	20/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
53065400	ANDREA DEL PILAR	PEÑA LOPEZ	22/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
79428692	WILSON EDUARDO	AGUILAR LANDINEZ	23/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
80209941	GERARDO	SANTAMARIA ROMERO	23/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1049628174	JULIAN RICARDO	NAIZAQUE GOMEZ	24/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
52582912	MARIA VICTORIA	OVALLE GUERRO	24/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
30732974	CLARA INES	BENAVIDES SARASTY	25/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
65498838	MARTHA CECILIA	SANTOS BLANCO	26/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
52919087	JESSIKA ALEXANDRA	MANRIQUE SANCHEZ	26/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
53106472	DIANA CAROLINA	MALO SANCHEZ	27/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1022380119	KAREN TATIANA	TORRES BAQUERO	30/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1019054581	ANGELA GISSEL	CORTES URREGO	30/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
11510205	GOANNY AUGUSTO	ORTIZ SANCHEZ	30/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
79924812	LUIS ALEJANDRO	MECON CASTILLO	30/11/2021	Enfasis osteomuscular	14000
10777203	JAVIER MARDOQUEO	OSPINO MARTINEZ	02/12/2021	Enfasis osteomuscular	14000
1110452142	KAREN MILENA	ROJAS CESPEDES	14/12/2021	Enfasis osteomuscular	15000
1022362285	ANDREA JOHANA	RAMIREZ ANGARITA	14/12/2021	Enfasis osteomuscular	15000
					408000

CERTIFICACION DE PAGOS DE PARAFISCALES

El suscrito, SANDRA EUFRANYA MALAGÓN GUTIERREZ, identificado con CC 23.782.347, en mi condición de Representante Legal de QUIRÓN UNIDAD MÉDICA S.A.S identificada con Nit 900.849.809-0, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha.

En constancia de lo afirmado, se suscribe el día 01 de diciembre del año 2021

FIRMA: _____

Nombre o Razón Social del proponente: QUIRON UNIDAD MEDICA S.A.S.
NIT 900849809-0
Nombre del Representante Legal: SANDRA EUFRANYA MALAGON GUTIERREZ
C.C. No. 23782347 de Moniquirá Boyacá
Dirección Carrera 49B 93 – 35 La Castellana
Teléfonos: 3138329098 - 3212005640 – 031-69440333
Ciudad: Bogotá D.C.
Correo Electrónico: quironips@gmail.com - juanse3nama@gmail.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14722932204

(415)7707212489984(8020) 000001472293220 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 4 9 8 0 9	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
QUIRON UNIDAD MEDICA SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
QUIRON IPS	

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
BRR LA CASTELLANA CR 49 B 93 35

42. Correo electrónico sandraemalagon@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 3 2 9 0 9 8	6 9 4 0 3 3 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 6 2 1	2 0 1 5 0 4 1 5	8 6 9 2	2 0 1 5 0 4 1 5					

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	5	7	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 2020 - 11 - 13 / 06 : 45: 18

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 01-02-2021 04:50:43PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722932204

(415)7707212489984(8020) **000001472293220 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 8 4 9 8 0 9	0	Impuestos de Bogotá	3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 5 0 3 1 2	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 5 0 5 1 9	
77. No. Matrícula mercantil	0 2 5 7 4 1 5 6	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 5 0 3 1 2	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 8 0 1 0 1		-
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 Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722932204

(415)7707212489984(8020) 000001472293220 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 4 9 8 0 9	0	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 8 0 2 1 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	2 3 7 8 2 3 4 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MALAGON	GUTIERREZ	SANDRA	EUFRANYA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 8 0 2 1 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 7 0 8 2 7 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GOMEZ	MONCADA	ALVARO	ALEXANDER

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 01-02-2021 04:50:43PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722932204

(415)7707212489984(8020) **000001472293220 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900849809	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 6 0 3 4 6 2		1 6 7 5 9 4 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
OROZCO	MARTINEZ	FRANKLIN	ENRIQUE

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 7 0 5 3 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO