**IPS UNIDAD MEDICA LTDA**
*Una familia de salud para su salud*

Ipiales, 1 de junio de 2022

Doctora:
**SARA ANGELA ARTURO GONZALES**
Directora regional Nariño
SENA
San Juan de Pasto (N)

**ASUNTO:** Cuenta de cobro #003 del mes de mayo de 2022

De manera atenta me permito remitir cuenta de cobro #002 según contrato de prestación de servicios #CO1.PCCNTR.3573846 del 16 de febrero de 2022, prestación de servicios médicos especialistas en dermatología, psicología, pediatría, fonoaudiología, terapia ocupacional, medicina familiar, odontología, entre otras para los beneficiarios del Servicio médico asistencial, en el SENA, regional Nariño.

Por concepto de prestación de servicios médicos y odontológicos correspondientes al periodo del 1 al 31 de Mayo de 2022.

Agradezco su atención,

IPS UNIDAD MÉDICA LTDA.
Nit. 837000043-3

Bayardo Tobar Wodcock
CC. 13.010.685
Ipsunidadmedica1996@hotmail.com

**IPS UNIDAD MEDICA LTDA**
*Una familia de salud para su salud*

**CUENTA DE COBRO No. 003**

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

**NIT 899999034-1**

**DEBE A: IPS UNIDAD MÉDICA**

**NIT 837000043-3 IPIALES**

El Valor de un millón ciento cinco mil cuatrocientos un pesos m/c ($1.105.401)

**POR CONCEPTO DE:**

| | | |
|---|---|---|
| - | 3 facturas medicina general | $120.000 |
| - | 1 factura odontología | $471.401 |
| - | 1 factura terapia ocupacional | $514.000 |

**TOTAL: $ 1.105.401** (Un millón ciento cinco mil cuatrocientos un pesos m/c)

**Atentamente,**

**BAYARDO TOVAR**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**IPS UNIDAD MÉDICA**

**CALLE 10 No. 4 A -26**
**IPSUNIDADMEDICA1996@HOTMAIL.COM**
**TELEFAX 773 33 54**
**IPIALES – NARIÑO**

**IPS UNIDAD MEDICA LTDA**
*Una familia de salud para su salud*

Ipiales, 1 de junio de 2022

Señores:
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
PASTO

Cordial saludo,

Por medio del presente envío:

11. Certificado de ARL y seguridad en el trabajo
12. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
13. Informe del supervisor
14. Soportes de cuenta #003 (Facturas, órdenes, copias de documentos)
15. Carta solicitud u oficio radicado
16. Cuenta de cobre # 003
17. Pago salud con certificado de revisor fiscal (Si tiene Revisor)
18. RUT Actualizado con fecha de generación 2022
19. Pólizas
20. Certificación bancaria actualizada

Atentamente,

**BAYARDO TOBAR WODCOCK**
Representante legal
IPS Unidad médica Ltda.
Ipiales-Nariño

**IPS UNIDA MEDICA LTDA**

*UNA FAMILIA DE SALUD PARA SU SALUD*

**RELACION DE FACTURAS MES DE MAYO 2022**

**SENA**

| MEDICINA-ODONTOLOGIA-TERAPIA OCUPACIONAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No** | **FACTURA** | **NOMBRE** | **DOCUMENTO** | **VALOR** |
| 1 | FE1417 | LUZ ANGELICA RIASCOS | 27239923 | 40000 |
| 2 | FE1418 | LUIS EDUARDO PEREZ BASTIDAS | 13002147 | 40000 |
| 3 | FE1419 | EUGENIA LUCIA ORTIZ | 27531761 | 40000 |
| 4 | FE1420 | EUGENIA LUCIA ORTIZ | 27531761 | 514000 |
| 5 | FE1421 | ERNESTO JOSE ENRIQUEZ | 1004709105 | 471401 |
| | | | **TOTAL** | **1105401** |

**SON: UN MILLON CIENTO CINCO MIL CUATROCIENTOS UN PESOS ($1,105,401)**

**BAYARDO TOBAR W**
**REPRESENTANTE LEGAL**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 837000043 | 3 | IPS UNIDAD MEDICA SOCIEDAD LTDA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | COMFAMILIAR NARIÑO | CLL 10 4A-26 | IPIALES-NARIÑO | 7733354 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-05 | 2022-06 | 9435338057 | 9435338057 | E | 2022/06/10 | 2022/06/03 | BANCO BOGOTA | 0 | $399,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $160,000 | $0 | $0 | $160,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $24,400 | $0 | $0 | $24,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $24,400 | $0 | $0 | $24,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $40,000 | $0 | $0 | $40,000 |
| COMFAMILIAR NARIÑO | CCF35 | 891,280,008 | 1 | 1 | $40,000 | $0 | $0 | $40,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $30,000 | $0 | $0 | $30,000 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 1 | $30,000 | $0 | $0 | $30,000 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $20,000 | $0 | $0 | $20,000 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 1 | $20,000 | $0 | $0 | $20,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $399,400 | $0 | $0 | $399,400 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 837000043 | 3 | IPS UNIDAD MEDICA SOCIEDAD LTDA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | COMFAMILIAR NARIÑO | CLL 10 4A-26 | IPIALES-NARIÑO | 7733354 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-05 | 2022-06 | 9435338057 | 9435338057 | E | 2022/06/10 | 2022/06/03 | BANCO BOGOTA | 0 | $399,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: COMFAMILIAR NARIÑO (1 Afiliados)** | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $40,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $1,000,000 | $50,000 |
| **Centro de Trabajo: RIESGO3 ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $40,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $1,000,000 | $50,000 |
| Ciudad: IPIALES Depto: NARIÑO ( 1 Afiliados) | | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $40,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $1,000,000 | $50,000 |
| 1 | CC | 13010685 | TOBAR BAYARDO | 25-14 | 30 $1,000,000 | $160,000 | EPS005 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | CCF35 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | 14-23 | 30 | $1,000,000 | $24,400 | 30 | $1,000,000 | $50,000 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,000,000 | $160,000 | | | $1,000,000 | $125,000 | | | $1,000,000 | $40,000 | | | $1,000,000 | $24,400 | | $1,000,000 | $50,000 |

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA



2022/06/03 09:58 AM

**IPS UNIDAD MÉDICA LTDA**
UNA FAMILIA DE SALUD PARA SU SALUD
NIT 837000043

Ipiales, 1 de junio de 2022

**Señores:**
**Servicio nacional de aprendizaje SENA**
**San Juan de Pasto – Nariño**

**ASUNTO: CERTIFICACION**

Cordial saludo,

Por medio de este documento, se certifica que: "Por ley de montos, no estamos obligados a tener revisor fiscal"

Atentamente,

**Bayardo Tobar W**
**Representante legal**
**Ips unidad médica**

**Ana Rubiela Chamorro**
**Contadora**
**Ips unidad médica**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14815266701

(415)7707212489984(8020) 000001481526670 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 7 0 0 0 0 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Pasto | |

## 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
IPS UNIDAD MEDICA SOCIEDAD LTDA

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Nariño 5 2 | Ipiales 3 5 6 |

41. Dirección principal
CL 10 4A 26

42. Correo electrónico ipsunidadmedica1996@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 7 14 16 42 47 52

07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM
52 - Facturador electrónico

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 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 2022 - 02 - 28 / 12 : 19: 57

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 TOBAR WOODCOCK BAYARDO ARTURO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 14-03-2022 05:13:56PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

Página 2 de 6 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14815266701

(415)7707212489984(8020) 000001481526670 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 7 0 0 0 0 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Pasto | 1 4 |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 0 | 64. Entidades o 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 5 | 0 5 |
| 72. Número | 0 1 2 | 2 4 1 |
| 73. Fecha | 1 9 9 6 0 1 1 0 | 2 0 0 4 0 2 1 7 |
| 74. Número de notaría | 1 | 1 |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 6 0 1 2 5 | 2 0 0 4 0 2 1 9 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 5 2 0 2 - 0 3 | 0 0 5 2 0 2 - 0 3 |
| 78. Departamento | 5 2 | 5 2 |
| 79. Ciudad/Municipio | 3 5 6 | 3 5 6 |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 1 9 9 6 0 1 1 0 | 2 0 0 4 0 2 1 7 |
| 81. Hasta | 2 0 1 5 0 9 0 1 | 2 0 1 5 0 9 0 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 Nacional de Salud — 1 0

## Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 1 | 1 9 9 6 0 1 1 0 | | |
| 2 | 1 0 1 | 2 0 2 2 0 2 2 8 | | |
| 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 MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**

Página 3 de 6 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815266701

(415)7707212489984(8020) 000001481526670 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 7 0 0 0 0 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Pasto | 4 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 1 9 9 7 0 9 0 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 3 0 1 0 6 8 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TOBAR | WOODCOCK | BAYARDO | ARTURO |

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

**2**

| 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 |
|---|---|---|
| | | |

**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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815266701

(415)7707212489984(8020) 000001481526670 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 7 0 0 0 0 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Pasto | 1 4 |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 3 0 1 0 6 8 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TOBAR | WOODCOCK | BAYARDO | ARTURO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| 1,000,000 | | 5 0 1 9 9 7 0 9 0 2 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 3 0 0 8 3 9 4 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TOBAR | WOODCOCK | ALVARO | FERNANDO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| 1,000,000 | | 5 0 1 9 9 7 0 9 0 2 | |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | | |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815266701

(415)7707212489984(8020) 000001481526670 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 7 0 0 0 0 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Pasto | 1 4 |

**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 | 2 7 3 8 1 4 9 7 | | 8 8 6 3 9 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHAMORRO | RAMIREZ | ANA | RUBIELA |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 2 0 1 0 1 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14815266701

(415)7707212489984(8020) 000001481526670 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 7 0 0 0 0 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Pasto 4 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Consultorio 1 1 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: I.P.S. UNIDAD MEDICA LTDA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Nariño 5 2 | Ipiales 3 5 6 |

165. Dirección: CL 10 4 A 26

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 5 2 0 2 3 | 1 9 9 6 0 1 2 5 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 7 7 3 3 3 5 4 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO