| MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN** | Código: F-CT-032 |
|---|---|---|
| | | Versión: 05 |
| | | Fecha: 09/12/2021 |
| | | Página 1 de 7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO** | [X] | NÚMERO: | 2022.10.05.049.343 |
| **CONVENIO** | [ ] | FECHA DE SUSCRIPCIÓN: | Fecha [03/05/2022] |
| **OBJETO:** Prestación de servicios para la implementación y seguimiento de los temas relacionados con medicina del trabajo a los servidores públicos del Municipio de La Ceja del Tambo | | | |
| **DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:** | | | Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos-Oficina de Gestión Humana |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | NOMBRE: | IPS CORRIENTE VITAL S.A.S |
| | | CEDULA / NIT | 900.520.548-1 |
| **VALOR INICIAL [$]:** | | | $ 20.245.006 (Veinte millones doscientos cuarenta y cinco mil seis pesos) |
| **PLAZO:** | | | Ocho (8) meses |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | | 037-2022 - SECOP II |

| **1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO** |
|---|
| **Factura S-10518** con fecha de expedición 10/06/2022 |

| **2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO** | | |
|---|---|---|
| **Registro Presupuestal:** | **Nº.** 1443 | **Fecha: Día: 28 Mes:** 04 **Año:** 2022 |
| **Requiere Pólizas de Garantías (*)** | SI_x_NO __ | **Fecha: Día: Mes: Año:** (06/05/2022) |
| **Fecha de inicio (*):**<br>**(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio** | Fecha: Día: 09 Mes: 05 Año: 2022 | |
| **Duración total del contrato:** | Ocho (8) mes | |
| **Fecha de terminación del contrato:** | **Fecha: Día:** 31 **Mes:** 12 **Año:** 2022 | |

| **2.1. PRÓRROGAS** | |
|---|---|
| **Contrato adicional No:** | **Tiempo (días calendario)** |
| 1 | |
| 2 | |
| Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga: | Fecha: Día_____Mes_____Año_____ |

13.06.22

| 2.2. ADICIONES | |
|---|---|
| Contrato adicional No: | Valor ($): |
| 1 | |
| 2 | |
| Valor total del contrato: | Valor suscrito en números ($): |

| 2.3. SUSPENSIONES | |
|---|---|
| **Contrato adicional No:** | **Tiempo (días calendario)** |
| 1 | |
| 2 | |
| **2.4. REANUDACIONES** | |
| **Fecha reanudación:** | **Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):** |
| 1 | |
| 2 | |

El contrato estipuló pago de anticipo: SÍ: _____NO: ____x____

El contrato estipuló pago anticipado: SÍ: _____NO: ____x____

| CUENTA | Corriente | | Ahorros | X | Número Cuenta: 2384003319 | Banco: BANCOLOMBIA |
|---|---|---|---|---|---|---|

El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Plan de inversión del anticipo/Modificación al plan de inversión | | Formato control de seguimiento anticipo | | Conciliación bancaria | |
| Extractos bancarios | | Certificación bancaria sobre rendimientos financieros | | | |

| 3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | |
|---|---|
| 1. Valor Contrato: | $ 20.245.006 |
| 2. Valor Cofinanciación (Para convenios): | $ |
| 3. Valor Anticipo o Pago anticipado. | $ |
| 4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista) | $ 2.198.005.52 |

| | |
|---|---|
| 5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista, más el anticipo si lo hubo).g | $2.198.005.52 |
| 6. Relación de los costos y gastos causados por el Contratista durante la ejecución del contrato. | $ |

**3.1 RENDIMIENTOS**

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO_____

| Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte) | Valor de rendimientos ($) | Fecha de consignación de rendimientos | Anexa recibo (SÍ/NO) |
|---|---|---|---|
| | | | |

**4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO**

**4.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES**

El supervisor y/o interventor verificó el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes al sistema integral de seguridad social y aportes parafiscales y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la normativa vigente

SI X NO

No. Planilla:

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de *IPS CORRIENTE VITAL S.A.S según el cual, ésta tiene afiliados a todos los empleados al Sistema general de Seguridad Social y Aportes parafiscales, encontrándose a paz y salvo por estos conceptos a la fecha de presentación de la factura de cobro.*

| SI | NO |
|---|---|
| X | |

**4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE**

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a la póliza de anticipo, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad.

SI X_ NO__

*Las Garantías se encuentran suscritas a favor del municipio por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte de la carpeta del Contrato.*

(Marque X)

## 5. COMPONENTE TÉCNICO

### 5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO | 10.8% |
|---|---|

Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR

| Nº | Actividades u obligaciones | Tareas desarrolladas en el período de Pago (Tareas realizadas relacionadas con las actividades) |
|---|---|---|
| 1 | **Examen** médico ocupacional (ingreso, egreso y periódico) | En este periodo de facturación se requirió 10 exámenes ocupacionales. |
| 2 | Exámenes Médicos Ocupacionales (Post Incapacidad y reintegro laboral) | En este periodo de facturación se requirió 1 examen de este servicio |
| 3 | Visiometrías | Se practicaron 9 exámenes. |
| 4 | Audiometría Tamiz | En este periodo de facturación se requirió 7 valoraciones este servicio |
| 5 | Audiometría Clínica | En este periodo de facturación no se requirió este servicio. |
| 6 | Espirometría | En este periodo de facturación no se requirió este servicio. |
| 7 | Pruebas sicosensométricas Conductores | En este periodo de facturación se requirió 3 pruebas de este servicio. |
| 8 | Hemograma | En este periodo de facturación no se requirió muestras de este servicio |
| 9 | Perfil lipídico | En este periodo de facturación se requirió 7 muestras de este servicio |
| 10 | Glicemia | En este periodo de facturación se requirió 7 pruebas de este servicio. |
| 11 | Prueba de determinación de sustancias psicoactivas | En este periodo de facturación se requirió 4 pruebas de este servicio |
| 12 | Horas de asesoría por médico especialista SST | En este periodo de facturación se requirió 12 horas este servicio. |
| 13 | Análisis de puesto de trabajo por ergónomo | En este periodo de facturación no se requirió este servicio |

| | | |
|---|---|---|
| 14 | Asesoría psicológica | En este periodo de facturación no se requirió este servicio |
| 15 | Horas de intervención grupal de riesgo psicosocial | En este periodo de facturación no se requirió este servicio. |
| 16 | Evolución nutricional | En este periodo de facturación no se requirió consultas este servicio. |
| 17 | Consulta de optometría | En este periodo de facturación no se requirió este servicio. |
| 18 | Antígeno covid-19 | En este periodo de facturación no se requirió este servicio. |
| 19 | PCR para covid-19 | En este periodo de facturación no se requirió este servicio. |
| 19 | Prestar los servicios de lunes a viernes de 8:00am a 12m y de 1:30pm a 6:00pm | Se prestó el servicio en el punto de atención a 12 funcionarios |

**5.2. TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Se termina el Contrato: SI NO X

(Solo aplica para los contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión)

En caso de que la respuesta sea SI, se deberá diligenciar la siguiente información:

**5.2.1. Durante la ejecución del contrato se generaron los siguientes pagos:**

| ACTA DE PAGO No | FECHA Y NUMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**5.2.2. Resumen del Balance:**

| BALANCE GENERAL DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **MONTO** |
| Valor inicial del contrato | $ 0 |

| | |
|---|---|
| Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio) | $ 0 |
| Valor Total (del Contrato ó Convenio) | $ 0 |
| Valor pagado a la fecha | $ 0 |
| Valor que falta por cancelar | $ 0 |
| Valor que falta por ejecutar | $ 0 |
| Rendimientos financieros (si aplica) | |

**5.2.3.** Se recibe la siguiente información relevante para el Municipio, la cual hace parte de la gestión desarrollada por el Contratista en cumplimiento del Objeto Contractual: (en este ítem se deberán relacionar los documentos, carpetas, sistemas de información, plataformas web, correos electrónicos y demás sistemas utilizados en la gestión contractual, así como procesos y/o procedimientos, documentos, formatos etc., del Sistema Integrado de Gestión Organizacional SIGO en los que interviene el contratista para el desarrollo de actividades contempladas en el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión).

| DOCUMENTO | MEDIO DE ENTREGA | FOLIOS | NÚMERO DE ANEXOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

CUANDO SE TRATE DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, SE DEBERÁ INCLUIR EN LA PARTE FINAL DEL DOCUMENTO, ADEMÁS DEL NOMBRE DEL SUPERVISOR Y DEL ORDENADOR, EL NOMBRE CONTRATISTA PARA SU CORRESPONDIENTE FIRMA.

## 6. ANEXOS

**1.** Factura
**3.** Certificado de parafiscales
4.Certificación Bancaria
**5.** Informe de prestación del servicio

## 7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El Director del Departamento Administrativo General y de Servicios Administrativos en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de Supervisión, por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada por el Supervisor del mismo.

**Juan David Bedoya Bedoya**
**Nombre del Ordenador del gasto**

**Firma del Ordenador del Gasto**
**Cédula Nro: 15.384.171**

**Leidy Bibiana Arbelaez Muñoz**
**Nombre del Supervisor y/o Interventor**

**Firma Supervisor y/o Interventor**
**Cédula Nro: 21.627.683**

| | Nombre y Cargo | Firma | Fecha |
|---|---|---|---|
| Proyecto y elaboró | Leidy Bibiana Arbelaez Muñoz | | 10/06/2022 |
| Revisó y ajustó | Humberto Gutiérrez Henao | | 10/06/2022 |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la respectiva firma. | | | |

IPS CORRIENTE VITAL
CONSULTORES SAS
NIT 900.520.548-1
CALLE 18 #18-69
Tel: (034) 5532334
La Ceja - Colombia
info@ipscorrientevital.com
www.ipscorrientevital.com

Factura electrónica de venta
**No. S-10518**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Señores | MUNICIPIO DE LA CEJA | | |
| NIT | 890.981.207-5 | Teléfono | 5531414 |
| Dirección | CR 20#19-78 | Ciudad | La Ceja - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| Generación | 10/06/2022, 12:24 |
| Expedición | 10/06/2022, 12:27 |
| Vencimiento | 10/07/2022 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Valor desc. | Impto. Cargo | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | VISIOMETRÍA | 9.00 | 6,000.00 | 0.00 | 0 % | 54,000.00 |
| 2 | GLICEMIA | 7.00 | 12,000.00 | 0.00 | 0 % | 84,000.00 |
| 3 | AUDIOMETRÍA TAMIZ | 7.00 | 19,000.00 | 0.00 | 0 % | 133,000.00 |
| 4 | PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (COCAÍNA,MARIHUANA) | 4.00 | 23,000.00 | 0.00 | 0 % | 92,000.00 |
| 5 | PERFIL LIPÍDICO | 7.00 | 25,000.00 | 0.00 | 0 % | 175,000.00 |
| 6 | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | 10.00 | 26,000.00 | 0.00 | 0 % | 260,000.00 |
| 7 | PRUEBAS PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES | 3.00 | 40,000.00 | 0.00 | 0 % | 120,000.00 |
| 8 | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL | 1.00 | 80,000.00 | 0.00 | 0 % | 80,000.00 |
| 9 | HORA DE ASESORÍA POR MÉDICO ESPECIALISTA SST | 12.00 | 84,034.00 | 0.00 | 19 % | 1,200,005.52 |

**Total items:** 9

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 2,006,408.00 |
| IVA 19% | 191,597.52 |
| **Total a Pagar** | 2,198,005.52 |

**Valor en Letras:**
Dos millones ciento noventa y ocho mil cinco pesos m/cte con cincuenta y dos cent.

**Condiciones de Pago:**
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2022-07-10 por $ 2,198,005.52

**Observaciones:**

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 18764027771395 aprobado en 20220416 prefijo S desde el número 10001 al 15000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** 184fc4f5d07bff2a075fe09f6a36ce3f1109f43afcc0a134c4c7df89de9408ea4497fb5ed8e7c8007a60168dd3bd4106

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

## RELACION DE PACIENTES FACTURADOS
## IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS

**Número de Factura : 10518**

**Empresa: MUNICIPIO DE LA CEJA**

**Nit: 890981207**

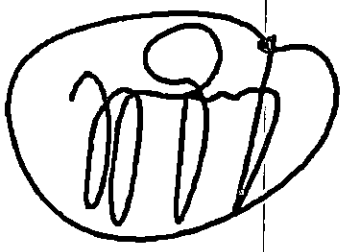
| | Fecha | Identificación | Paciente | Servicios | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE LA CEJA | | | | | |
| 1 | 3/05/2022 | 98772543 | ALEX MAURICIO BOTERO ARCILA | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 32.000.00 |
| 2 | 11/05/2022 | 1040050303 | BERLLY BERCEY BOTERO OSORIO | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA | 32.000.00 |
| 3 | 13/05/2022 | 15388146 | EDWIN RICARDO MEJIA RIOS | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA, PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (COCAÍNA,MARIHUANA), PRUEBAS PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES | 151.000.00 |
| 4 | 17/05/2022 | 43459703 | DIANA COLOMBIA CASTRO LONDOÑO | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | 26.000.00 |
| 5 | 24/05/2022 | 15441458 | GABRIEL ANGEL MUÑOZ MARTINEZ | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA | 88.000.00 |
| 6 | 24/05/2022 | 15378928 | ORLANDO DE JESUS LOPEZ MONTOYA | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA | 88.000.00 |
| 7 | 25/05/2022 | 15381490 | FRANCISCO JAVIER ALVAREZ OCAMPO | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA | 88.000.00 |
| 8 | 26/05/2022 | 71229683 | JORGE ALEXANDER BLANDON VILLADA | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA, AUDIOMETRÍA TAMIZ | 88.000.00 |
| 9 | 2/06/2022 | 98672094 | VICTOR HUGO ARANGO ZAPATA | PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (COCAÍNA,MARIHUANA) | 23.000.00 |
| 10 | 3/06/2022 | 1040051119 | CRISTIAN ANTONIO OSORIO TORO | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA, PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (COCAÍNA,MARIHUANA), PRUEBAS PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES | 151.000.00 |
| 11 | 3/06/2022 | 1040051129 | PAULA ANDREA TOBON TOBON | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA TAMIZ, PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA, PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (COCAÍNA,MARIHUANA), PRUEBAS PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES | 151.000.00 |
| 12 | 6/06/2022 | 1128438718 | ANDRES GONZALEZ CASTRO | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POST-INCAPACIDAD O REINTEGRO LABORAL | 80.000.00 |

INFORME DE ACTIVIDADES

FACTURA: 10515

Durante los meses de mayo y junio de 2022 hasta la fecha, se realizaron 12 atenciones, distribuidas así: (2) exámenes de ingreso, (4) exámenes de ingreso para trabajo seguro en alturas, (3) exámenes de ingreso para conductores, (1) laboratorio para consumo de sustancias, (1) exámenes médico post-incapacidad y (1) seguimiento a recomendaciones médicas.

Adicional se emplearon 12 horas de asesoría por médico especialista SST para revisión y orientación de casos médicos complejos.



JUAN JOSÉ GONZÁLEZ URIBE
Representante Legal
IPS Corriente Vital Consultores S.A.S
NIT 900.520.548-1

La Ceja, Antioquia, 9 de junio de 2022

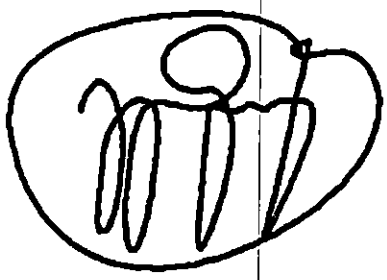
Señores
**MUNICIPIO DE LA CEJA**

**ASUNTO: CARTA DE CUMPLIMIENTOS DE APORTES PARAFISCALES**

El suscrito (Representante Legal o Revisor fiscal) de **IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES S.A.S con NIT 900.520.548-1**, certifica que al 31 de mayo de 2022 se encuentra PAZ Y SALVO por concepto de aportes a las cajas de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, así como a los sistemas de Salud, Pensión y riesgos profesionales ARP (Artículo 50 de la ley 789 de 2002) correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses.

Cordialmente,

Nombre y Apellidos: **JUAN JOSE GONZÁLEZ URIBE**
Cargo: **Representante Legal**
Número de identificación: **1.039.469.325**



**Firma**

# Certificado
# Bancario

Jueves, 03 de febrero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS identificado(a) con NIT 900520548, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA CORRIENTE | 02384003319 | 2012/06/04 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14795875823

(415)7707212489984(6020) 000001479587582 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 13. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 5 2 0 5 4 8 | 1 | Impuestos de Medellín | |

## 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 CORRIENTE VITAL CONSULTORES S.A.S.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| IPS CORRIENTE VITAL | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | La Ceja 3 7 6 |

41. Dirección principal
CL 17 18 66

| 42. Correo electrónico | | |
|---|---|---|
| leidy.rodriguez@ipscorrientevital.com | | |
| 43. Código postal | 44. Teléfono 1: 5 5 3 9 2 7 9 | 45. Teléfono 2: 3 1 3 6 6 0 0 8 5 8 |

## 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 2 0 4 2 5 | 1 4 1 0 | 2 0 1 2 0 4 2 5 | 4 7 7 1 | | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

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

### Obligados aduaneros

54. Código: 2 2 2 3

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 1 | 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 2021 - 11 - 05 / 09 : 12: 49

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 GONZALEZ URIBE JUAN JOSE
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14795875823

(415)7707212489984(8020) 000001479587582 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 5 2 0 5 4 8 | 1 | Impuestos de Medellín | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 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 4 | 0 1 |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | 2 0 1 2 0 4 2 5 | 2 0 1 4 0 6 0 1 |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 2 0 5 0 2 | 2 0 1 4 0 7 0 7 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 0 0 0 7 6 5 4 3 | 7 6 5 4 3 |
| 78. Departamento | 0 5 | 0 5 |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 5 1 | 0 5 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 % |

## Vigencia

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | 2 0 1 2 0 4 2 5 | 2 0 1 4 0 6 0 1 |
| 81. Hasta | 3 0 0 0 1 2 3 1 | 2 0 5 0 1 2 3 1 |

## 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 | 4 9 | 2 0 1 3 0 1 0 1 | | |
| 2 | 8 1 | 2 0 1 8 0 5 2 9 | | |
| 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**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14795875823

(415)7707212489984(8020) 000001479587582 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 5 2 0 5 4 8 | 1 | Impuestos de Medellín | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 5 0 3 2 0 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 9 4 6 9 3 2 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ | URIBE | JUAN | JOSE |

| 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
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14795875823

(415)7707212489984(8020) 000001479587582 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 5 2 0 5 4 8 | 1 | Impuestos de Medellín | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: IPS CORRIENTE VITAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | La Ceja 3 7 6 |

165. Dirección: CL 18 18 69

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