ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.
NIT 900.817.924-2
CALLE 14B # 12A - 71
Tel: (5) 7275018
Riohacha - Colombia
cpenalverbrito@gmail.com
www.amisasguajira.com

Factura Electrónica de venta
No. AMI-1415

Señores	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF REGIONAL GUAJIRA		
NIT	899.999.239-2	**Teléfono**	(031) 4377630
Dirección	Calle 15 Cra 15 4 vías	**Ciudad**	Riohacha - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	23/12/2022, 15:42
Expedición	23/12/2022, 15:42
Vencimiento	23/12/2022

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR PERIODICO	11.00	45,500.00	500,500.00
2	EXAMEN DE EGRESO	4.00	45,500.00	182,000.00
3	EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE INGRESO	7.00	45,500.00	318,500.00
4	AUDIOMETRÍA	17.00	24,000.00	408,000.00
5	OPTOMETRÍA	18.00	30,000.00	540,000.00
6	VALORACIÓN PSICOLOGICA	7.00	46,000.00	322,000.00
7	PERFIL LIPIDICO	12.00	65,000.00	780,000.00

Total items: 7

Valor en Letras:
Tres millones cincuenta y un mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 3,051,000.00

Total Bruto	3,051,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**3,051,000.00**

Observaciones:
#$41-06-00-044;44002132022;Jairo.Manotas@icbf.gov.co#$

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 18764024034403 aprobado en 20220113 prefijo AMI desde el número 1121 al 5000 Vigencia: 18 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8710 Actividades de atención residencial medicalizada de tipo general Tarifa 5x1000
CUFE: beecbd299033ceed31ab04eaca912dfbe1dc65de1acd8c68e81f5a08329308061a061c3527ed40da4d6b22c92386f12e

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

CODIGO DE VERIFICACIÓN y7B4B87A4Q

EL PRIMER JUEVES HÁBIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRÁ JUNTA DIRECTIVA DE LA CAMARA DE COMERCIO DE LA GUAJIRA. LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE. PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ COMUNICARSE AL TELÉFONO 7279800 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB www.camaraguajira.org

****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900817924-2
ADMINISTRACIÓN DIAN : RIOHACHA
DOMICILIO : RIOHACHA

MATRICULA – INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 127537
FECHA DE MATRÍCULA : FEBRERO 06 DE 2015
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 15 DE 2022
ACTIVO TOTAL : 408,900,418.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CL 14B NRO. 12A-71
MUNICIPIO / DOMICILIO: 44001 - RIOHACHA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3157482595
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 3012040338
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : cpenalverbrito@gmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CL 14B NRO. 12A-71
MUNICIPIO : 44001 - RIOHACHA
TELÉFONO 1 : 3157482595
TELÉFONO 2 : 3012040338
CORREO ELECTRÓNICO : cpenalverbrito@gmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : cpenalverbrito@gmail.com

CERTIFICA – ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8710 - ACTIVIDADES DE ATENCION RESIDENCIAL MEDICALIZADA DE TIPO GENERAL
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

OTRAS ACTIVIDADES : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA
OTRAS ACTIVIDADES : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO

CERTIFICA - AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE FEBRERO DE 2015 DE LA ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 21770 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 06 DE FEBRERO DE 2015, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S..

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
AC-3	20160404	ASAMBLEA EXTRAORDINARIA	RIOHACHA	RM09-23779	20160413
AC-4	20160707	ASAMBLEA EXTRAORDINARIA	RIOHACHA	RM09-24162	20160713

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO PRINCIPAL: A) DESARROLLAR POR INTERMEDIO DE SUS SOCIOS Y DE SUS DEPENDIENTES O EN VIRTUD DE CONTRATOS CON OTRAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, LAS ACTIVIDADES DE ATENCION DOMICILIARIA DE SALUD INTEGRAL. B) ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL. C) EFECTUAR CUALQUIER ACTIVIDAD LICITA DE INDOLE COMERCIAL, INDUSTRIAL, DE SERVICIOS, CIENTIFICA, CULTURAL O DEPORTIVA, DENTRO Y FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. PARAGRAFO PRIMERO: LA SOCIEDAD PODRA LLEVAR A CABO, EN GENERAL, TODAS LAS OPERACIONES, DE CUALQUIER NATURALEZA, RELACIONADAS CON EL OBJETO SOCIAL MENCIONANDO; ASI COMO, CUALQUIER ACTIVIDAD SIMILAR, CONEXA O COMPLEMENTARIA QUE LE PERMITA FACILITAR O DESARROLLAR SU COMETIDO. OFRECE SERVICIOS COMO CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES, REALIZANDO LAS ACTIVIDADES PARA EVALUAR, EXPEDIR Y SUSCRIBIR LOS CERTIFICADOS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ PARA CONDUCTORES. PRESTAR LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y APOYO DIAGNOSTICO. (LECTURA DE ELECTROCARDIOGRAMA). DESARROLLAR EL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, EN EL DISEÑO, EJECUCION Y

EVALUACION EMPRESARIAL; MEDICINA DEL TRABAJO; REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, EGRESO, PERIODICOS, FISICOS, FISICO PARA ALTURA, OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, ESPIROMETRIA, PRUEBA PSICOMETRICA, ENTRENAMIENTO EN TRABAJO EN ALTURA, EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO, PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	5.000.000,00	5.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	5.000.000,00	5.000,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	5.000.000,00	5.000,00	1.000,00

CERTIFICA - REPRESENTACIÓN LEGAL

REPRESENTACION LEGAL: EL REPRESENTANTE LEGAL Y GERENTE SERÁ LA SEÑOR CILIA PENALVER BRITO, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA NUMERO 40.912.674 EXPEDIDA EN RIOHACHA Y DOMICILIADO EN RIOHACHA - LA GUAJIRA, Y OCUPARA EL CARGO POR UN PERIODO DE DOS (2) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA INSCRIPCIÓN DE ESTE DOCUMENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL, NO OBSTANTE PODRÁ SER REELEGIDO POR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, LA QUE TIENE LA FACULTAD DE ELEGIR Y REMOVER AL GERENTE; A SU VEZ TENDRÁ COMO SUPLENTE AL SEÑOR CESAR AUGUSTO RONCALLO SALCEDO, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA NUMERO 7.434.924 EXPEDIDA EN BARRANQUILLA - ATLÁNTICO, DOMICILIADO EN RIOHACHA - LA GUAJIRA. EL SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL Y GERENTE LO REEMPLAZARA EN SUS AUSENCIAS TEMPORALES Y DEFINITIVAS, Y TENDRÁ LAS MISMAS ATRIBUCIONES DEL GERENTE.

CODIGO DE VERIFICACIÓN y7B4B87A4Q

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES – PRINCIPALES

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE FEBRERO DE 2015 DE ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 21770 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 06 DE FEBRERO DE 2015, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	PEÑALVER BRITO CILIA	CC 40,912,674

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE FEBRERO DE 2015 DE ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 21770 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 06 DE FEBRERO DE 2015, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SUPLENTE DEL GERENTE	RONCALLO SALCEDO CESAR A.	CC 7,434,924

CERTIFICA – FACULTADES Y LIMITACIONES

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: LA SOCIEDAD SERÁ ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRÁ RESTRICCIONES DE CONTRATACIÓN POR RAZÓN DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTÍA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERÁ QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRÁ CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERÁ INVESTIDO DE LOS MÁS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCIÓN DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, LA SOCIEDAD QUEDARÁ OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTÁ PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL Y A LOS DEMÁS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SÍ O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURÍDICA PRÉSTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTÍA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES. LAS FUNCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL TERMINARÁN EN CASO DE DIMISIÓN O REVOCACIÓN POR PARTE DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE DECESO O DE INCAPACIDAD EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL REPRESENTANTE LEGAL SEA UNA PERSONA NATURAL Y EN CASO DE LIQUIDACIÓN PRIVADA O JUDICIAL, CUANDO EL REPRESENTANTE LEGAL SEA UNA PERSONA JURÍDICA. LA CESACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL, POR CUALQUIER CAUSA, NO DA LUGAR A NINGUNA INDEMNIZACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA, DIFERENTE DE AQUELLAS QUE LE CORRESPONDIEREN CONFORME A LA LEY LABORAL, SI FUERE EL CASO. LA REVOCACIÓN POR PARTE DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS NO TENDRÁ QUE ESTAR MOTIVADA Y PODRÁ REALIZARSE EN CUALQUIER TIEMPO. TODA REMUNERACIÓN A QUE TUVIERE DERECHO EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

CERTIFICA – ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS AMISAS
MATRICULA : 18024
FECHA DE MATRICULA : 19910214
FECHA DE RENOVACION : 20220315
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CL 14B NRO. 12A-71
MUNICIPIO : 44001 - RIOHACHA
TELEFONO 1 : 6057292446
TELEFONO 2 : 3157482595
CORREO ELECTRONICO : cpenalverbrito@gmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8710 - ACTIVIDADES DE ATENCION RESIDENCIAL MEDICALIZADA DE TIPO GENERAL

CODIGO DE VERIFICACIÓN y7B4B87A4Q

OTRAS ACTIVIDADES : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
OTRAS ACTIVIDADES : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 1,300,000

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $307,634,551
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8710

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,500

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE LA GUAJIRA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=1630 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación y7B4B87A4Q

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14863922779

(415)7707212489984(8020) 000001486392277 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900817924	2	Impuestos y Aduanas de Riohacha 25	

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
ATENCIÓN MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
	AMI S.A.S.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	La Guajira 44	Riohacha 001

41. Dirección principal
CL 14 B 12 A 71

42. Correo electrónico gerencia@ami-sas-guajira.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3157482595	3012040338

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
8710	1991021 4	8621	1991021 4		8899	8691		1

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	9	14	48	52	55																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 09 - 14 / 13 : 07: 25

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14863922779

(415)7707212489984(8020) **000001486392277 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 1 7 9 2 4	2	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o insitutos 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	0 0 0 0 1	
73. Fecha	2 0 1 5 0 2 0 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 5 0 2 0 6	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 1 2 7 5 3 7	
78. Departamento	4 4	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 5 0 2 0 1
81. Hasta	3 0 0 0 0 2 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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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: 14863922779

(415)7707212489984(8020) **000001486392277 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 1 7 9 2 4	2	Impuestos y Aduanas de Riohacha	2 5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 5 0 2 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 0 9 1 2 6 7 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PEÑALVER	BRITO	CILIA	

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 5 0 2 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 4 3 4 9 2 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RONCALLO	SALCEDO	CESAR	AUGUSTO

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: 14863922779

(415)7707212489984(8020) **000001486392277 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 1 7 9 2 4	2	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS AMISAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

165. Dirección: CL 14 B 12 A 71

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 1 8 0 2 4	1 9 9 1 0 2 1 4
168. Teléfono: 3 1 5 7 4 8 2 5 9 5	169. Fecha de cierre

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

ATENCION MEDIALIZADA INTEGRAL SAS
NIT 9008179242

***CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO* ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY828 DE 2003 PERSONA JURÍDICA**

Yo, **CILIA PEÑALVER BRITO**, identificado con cedula de Ciudadanía 40.912.674., en mi condición de Representante Legal de **ATENCIÓN MEDICALIZADA INTEGRALES SAS** identificada con **NIT 900.817.924-2**, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de La Guajira certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles de la presente certificación, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (**ICBF**) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Riohacha, a los (23) veintitres días del mes de diciembre de 2022. Cordialmente,



NOMBRE DEL OFERENTE: CILIA PEÑALVER BRITO
REPRESENTANTE LEGAL
C.C 40.912.674

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS
IDENTIFICACION:	NI-900817924
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-12-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-12-07
FECHA DE PAGO:	2022-12-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2022-11
PERIODO SALUD:	2022-12
NUMERO PLANILLA:	24928704
TOTAL COTIZANTES:	2
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	24928704
TIPO DE PLANILLA:	E

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
CCFC55	901543211	EPS CAJACOPI	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.000	$ 40.000
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.000	$ 40.000
Subtotal Salud		2	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.000	$ 80.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
Subtotal Pensión		2	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 320.000
14-23	860011153	POSITIVA	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.800	$ 15.800
Subtotal ARL		1	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.800	$ 15.800
CCF30	892115006	CCF DE LA GUAJIRA	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.000	$ 80.000
Subtotal CCF		1	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.000	$ 80.000
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 495.800	$ 495.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/01/2023

EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y SUPERVISOR DEL CONTRATO POR ACEPTACION DE OFERTA No. 213 DEL 03 DE JUNIO DEL 2022, SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL GUAJIRA Y ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS.

CERTIFICA:

Que la empresa **ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS,** identificada con NIT No. 900.817924-2,cumplió a satisfacción con sus obligaciones adquiridas mediante el CONTRATO POR ACEPTACION DE OFERTA No. 213 DEL 03 DE JUNIO DEL 2022, que tiene por objeto: PRESTACION DE SERVICIO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESOS, EGRESOS, POST INCAPACIDAD Y PERIODICOS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y/O PSICOSOCIAL, EXAMANES COMPLEMENTARIOS DE OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, VACUNAS SEGÚN SE REQUIERA PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA REGIONAL GUAJIRA ejecutados en la ciudad de Riohacha durante el periodo comprendido 09 de diciembre al 31 de diciembre del 2022.

Para mayor constancia se firma en Riohacha, Capital del Departamento de la Guajira a los (23) días del mes de diciembre de 2022.

Jairo Jair Manotas Ibarra
Coordinador Administrativo

PÚBLICA

Yo, **JAIRO MANOTAS IBARRA**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SA						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900817924-2				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	213	FECHA SUSCRIPCIÓN	3 (día)	junio (mes)	2022 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 8 (día) junio (mes) 2022 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2022 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	23 (día) diciembre (mes) 2022 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	2
VALOR A PAGAR	$ 3.051.000,00	EN LETRAS	TRES MILLONES CINCUENTA Y UN MIL PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 9 (día) diciembre (mes) 2022 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2022 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RP	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO	139222	27	C-4199-1500-8-0-4199053-02	192	02-02-02-009-003-01	$ 3.051.000,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	52658925008	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 3.051.000,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 3.051.000,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 3.051.000,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
Norima Nasmiye Mindiola Choles	COORDINADORA ADMINISTRATIVO (e)	GUAJIRA	GRUPO ADMINISTRATIVO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
Norima Nasmiye Mindiola Choles	GRUPO ADMINISTRATIVO		23/12/2022

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHypinto	YAIRINA MAITE PINTO MAGDANIEL
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	41-06-00-044	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL GUAJIRA
Fecha y Hora Sistema:	3/06/2022 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 35622 de fecha 2022-05-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	139222	**Fecha Registro:**	2022-06-03	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		41-06-00-044 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL GUAJIRA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	10.426.500,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	10.426.500,00	**Saldo x Obligar:**	10.426.500,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900817924	**Razón Social:**	ATENCIÓN MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	52658925008	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	40923035	**Nombre:**	YANERIS BEATRIZ COTES COTES	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR			**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**	**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	44002132022	**Tipo:**	ACEPTACION DE OFERTAS	**Fecha:**	2022-06-03

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
192 ACCIONES COMPLEMENTARIAS DE	C-4199-1500-8-0-4199053-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Propios	27	CSF		10.426.500,00	0,00		
					Total:	10.426.500,00	0,00	10.426.500,00	10.426.500,00

Objeto:	AO-31-12-2022.GA. PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, EGRESO, POST INCAPACIDAD Y PERIODICOS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR O SPICOSOCIAL. EXAMANES COMPLEMENTARIOS DE OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, ESPIROMETR

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
41-06-00-044	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL GUAJIRA	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2022-12-31	10.426.500,00	10.426.500,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)