

|                                                                                                                                                                 |                             |  |                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--------------------|--|
|  <b>IDERF</b><br><small>INSTITUTO DEPORTIVO Y RECREATIVO DE FUSAGASUGÁ</small> | <b>ACTA DE PAGO PARCIAL</b> |  | Código: FOR-GCO-21 |  |
|                                                                                                                                                                 |                             |  | Versión: 02        |  |
|                                                                                                                                                                 |                             |  | Página 1 de 2      |  |

|                                |                                                                                                                          |                                 |        |    |        |                       |               |         |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|----|--------|-----------------------|---------------|---------|
| CIUDAD:                        | FUSAGASUGÁ                                                                                                               | FECHA DE ACTA:                  | 27     | 06 | 2023   | ACTA No.              |               | 01      |
| CONTRATO:                      | 072 DE 2023                                                                                                              | FECHA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: |        |    |        | 24                    | 03            | 2023    |
| OBJETO DEL CONTRATO:           | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL IDERF |                                 |        |    |        |                       |               |         |
| PLAZO DE EJECUCIÓN:            | OCHO (8) MESES Y SEIS (6) DÍAS O HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023,                                                       | FECHA INICIO                    | 29     | 03 | 2023   | FECHA DE TERMINACIÓN: | 15            | 12 2023 |
| VALOR DEL CONTRATO:            | CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000), INCLUIDO IVA, RETENCIONES Y DEMAS IMPUESTOS DE LEY                         |                                 |        |    |        |                       |               |         |
| VALOR TOTAL CONTRATO:          | CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000), INCLUIDO IVA, RETENCIONES Y DEMAS IMPUESTOS DE LEY                         |                                 |        |    |        |                       |               |         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA         | MEDICAL LAB IPS SAS<br>NIT 900.627.708-2<br>REPRESENTANTE LEGAL<br>MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ<br>C.C. 41.423.909    |                                 |        |    |        |                       |               |         |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR: | ANA LILIANA MEDINA POLANIA<br>Secretaria General                                                                         |                                 |        |    |        |                       |               |         |
| APOYO AL SUPERVISOR:           |                                                                                                                          |                                 |        |    |        |                       |               |         |
| INGRESO AL ALMACÉN:            | No Aplica                                                                                                                | x                               | Aplica |    | Numero |                       | Fecha ingreso |         |

En las instalaciones del IDERF del Municipio de Fusagasugá, a los veintisiete (27) días del mes de junio de 2023, se reunieron la Dra. **ANA LILIANA MEDINA POLANIA** Líder del proceso de **GESTIÓN CONTRACTUAL** en calidad de Supervisor del Contrato de prestación de servicios y la señora **MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N. **41.423.909** de Bogotá, Representante legal de **MEDICAL LAB IPS SAS NIT 900.627.708-2** en calidad de Contratista, con el fin de suscribir la siguiente acta de Pago No. 01.

Que en calidad de supervisor informó que, una vez verificadas las obligaciones acordes con el objeto contractual, se evidencia el cumplimiento de estas por parte del contratista, y que revisado el pago de los aportes a Salud, Pensión y Riesgos laborales se realizó de acuerdo con las bases y porcentajes establecidos por la normatividad vigente.

Por lo antes certificado y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO, según el contrato en referencia, se puede proceder al pago de la presente cuenta:

**ESTADO FINANCIERO:**

| VALOR CONTRATO |                | \$4.000.000        |             |
|----------------|----------------|--------------------|-------------|
| # PAGO PARCIAL | SALDO CONTRATO | PAGO PARCIAL VALOR | NUEVO SALDO |
| 1              | \$4.000.000    | \$515.000          | \$3.485.000 |
| ADICIÓN No.    | SALDO ANTERIOR | VALOR ADICIÓN      | NUEVO SALDO |
|                |                |                    |             |

| INFORMACIÓN BANCARIA |            |           |              |                 |                         |
|----------------------|------------|-----------|--------------|-----------------|-------------------------|
| BANCO                | DAVIVIENDA | # CUENTA: | 406000129477 | TIPO DE CUENTA: | CUENTA DE AHORROS DAMAS |



Carrera 3 No. 14 A - 82 Coliseo Coburgo - Fusagá  
 Teléfono: (091) 874 8000  
 Celular: 3234154377  
 NIT: 890680138-1  
 E-mail: atencionciudadan@iderf.gov.co  
 Web: www.iderf.gov.co  
 Código Postal: 252211

|                                                                                                                                                                     |                             |  |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------|
|  <b>IDERF</b><br><small>INSTITUTO DEPORTIVO Y RECREATIVO<br/>DE FUSAGASUGA</small> | <b>ACTA DE PAGO PARCIAL</b> |  | <b>Código: FOR-GCO-21</b> |
|                                                                                                                                                                     |                             |  | <b>Versión: 02</b>        |
|                                                                                                                                                                     |                             |  | <b>Página 2 de 2</b>      |

El valor correspondiente al pago del presente informe de actividades y de acuerdo con el registro presupuestal generado en el contrato celebrado entre las partes, podrá ser cancelado de la siguiente forma:

| RUBRO           | SECTOR | PROGRAMA | PRODUCTO | META | FUENTE     | CPC   | VALOR       |
|-----------------|--------|----------|----------|------|------------|-------|-------------|
| 2.1.2.02.02.009 |        |          |          |      | 1.2.1.0.00 | 93122 | \$4.000.000 |

El contratista presenta planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social, previa verificación en la plataforma [www.adres.gov.co](http://www.adres.gov.co)

| PERIODO    | # PLANILLA | SALUD     | PENSIÓN     | ARL      | CAJA DE COMPENSA | VALOR PAGADO |
|------------|------------|-----------|-------------|----------|------------------|--------------|
| Mayo/Junio | 68270616   | \$396.900 | \$1.587.300 | \$76.100 | \$396.900        | \$2.457.200  |

  
**ANA LILIANA MEDINA POLANÍA**  
 Supervisor  
 Secretaria General

  
**MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ**  
 Contratista  
 C.C. C.C. 41.423.909 de Bogotá

revisado: HGV

|                                                                                   |                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------|
|  | <b>INFORME Y CERTIFICACIÓN<br/>DEL SUPERVISOR</b> | Código: FOR-GCO-22 |
|                                                                                   |                                                   | Versión:           |
|                                                                                   |                                                   | Página 1 de 2      |

|                                |                                                                                                                          |                                 |        |    |        |                       |            |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|----|--------|-----------------------|------------|
| CIUDAD:                        | FUSAGASUGÁ                                                                                                               | FECHA DE ACTA:                  | 27     | 06 | 2022   | ACTA No.              | 01         |
| CONTRATO:                      | 072 DE 2023                                                                                                              | FECHA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: | 24     | 03 | 2023   |                       |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:           | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL IDERF |                                 |        |    |        |                       |            |
| PLAZO DE EJECUCION:            | NUEVE (9) MESES DÍAS O HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023                                                                  | FECHA INICIO                    | 29     | 03 | 2023   | FECHA DE TERMINACIÓN: | 15 12 2023 |
| VALOR DEL CONTRATO:            | CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000), INCLUIDO IVA, RETENCIONES Y DEMAS IMPUESTOS DE LEY                         |                                 |        |    |        |                       |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA         | MEDICAL LAB IPS SAS<br>NIT 900.627.708-2<br>REPRESENTANTE LEGAL<br>MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ<br>C.C. 41.423.909    |                                 |        |    |        |                       |            |
| NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR: | ANA LILIANA MEDINA POLANIA<br>Secretaria General                                                                         |                                 |        |    |        |                       |            |
| APOYO AL SUPERVISOR:           |                                                                                                                          |                                 |        |    |        |                       |            |
| INGRESO AL ALMACÉN:            | No Aplica                                                                                                                | x                               | Aplica |    | Numero | Fecha ingreso         |            |

En calidad de Supervisor Designado por el Señor Director General, del Contrato de Prestación de Servicios No. 072 -2023, suscrito con la señora **MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ** identificado **C.C. 41.423.909** de Bogotá, certifico que una vez supervisadas y recibidas a plena satisfacción las actividades encomendadas, dentro del objeto del Contrato en mención, emito el siguiente informe.

- ❑ El periodo de este Contrato de prestación de servicios inició el 29 de marzo de 2023, según Acta de Inicio y finalizará el día 15 de diciembre de 2023.
- ❑ El Contratista presenta factura de venta N.MLIM803 correspondiente al mes de abril de 2023 con recibos individuales, soportes requeridos para la cancelación del pago asignado.
- ❑ Una vez revisados los soportes allegados por el Contratista, se procedió a constatar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, comprobando que, durante la vigencia de ejecución del contrato, se ha dado cumplimiento al contrato.
- ❑ Presenta para el pago la certificación de afiliación y planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social,

| PERIODO    | # PLANILLA | SALUD     | PENSIÓN     | ARL      | CAJA DE COMPENSA | VALOR PAGADO |
|------------|------------|-----------|-------------|----------|------------------|--------------|
| Mayo/Junio | 68270616   | \$396.900 | \$1.587.300 | \$76.100 | \$396.900        | \$2.457.200  |



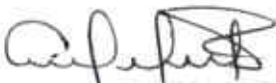
Carrera 3 No. 14 A- 68 Coliseo Coburgo – Fusia  
Teléfonos: (091) 874 8080  
Celular: 3224154377  
NIT: 890680338-1  
E-mail: [atencionciudadano@iderf.gov.co](mailto:atencionciudadano@iderf.gov.co)  
WEB: [www.iderf.gov.co](http://www.iderf.gov.co)  
Código Postal: 252211

|  |                                                   |                           |
|--|---------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>INFORME Y CERTIFICACIÓN<br/>DEL SUPERVISOR</b> | <b>Código: FOR-GCO-22</b> |
|  |                                                   | <b>Versión:</b>           |
|  |                                                   | <b>Página 2 de 2</b>      |

- ❑ Finalmente se constató que el Contratista cumplió con el objeto contratado, como lo demuestra el informe del Supervisor y del Contratista, los cuales reposan la carpeta Original y que en su momento fueron anexos.

Igualmente certifico que la señora **MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ** identificada con **C.C. 41.423.909** de Bogotá, cumplió con el objeto contratado.

Dada en Fusagasugá a los veintisiete (27) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023).

  
**ANA LILIANA MEDINA POLANIA**  
Supervisor

|                                                                                   |                                    |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR</b> | <b>Código: FOR-GCO-33</b> |
|                                                                                   |                                    | <b>Versión: 01</b>        |
|                                                                                   |                                    | <b>Página 1 de 1</b>      |

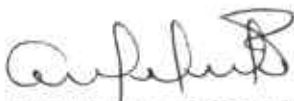
El suscrito supervisor del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS número **072 DE 2023** de fecha 24 de marzo de 2023, suscrito entre **IDERF** y **MEDICAL LAB IPS SAS NIT 900.627.708-2**

### CERTIFICA

Que de acuerdo con el informe de actividades N.001 presentado por **MEDICAL LAB IPS SAS con NIT 900.627.708-2**, en su condición de contratista, dio cumplimiento al objeto del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N. **072 DE 2023** de fecha 24 de marzo de 2023, por el periodo comprendido entre 01-04-2023 y 30-04-2023, cuyo Objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL IDERF.**

Que las actividades fueron realizadas conforme a las obligaciones pactadas en el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N. **072 DE 2023** de Fecha 24 de marzo de 2023, para constancia el contratista entregó informe de actividades.

La presente certificación se expide el 27 de junio de 2023, para efectos del pago N.01.



ANA LILIANA MEDINA POLANÍA  
Supervisor

Elaboro: Brigitte Arias Martinez – Aux. Adm.  
Reviso y aprobó: Ana Liliana Medina Polanía  
Gestión Documental:  
Original Destinatario: Carpeta Contrato N°- 2023-072.  
1 copia: Tesorería IDERF



Medical Lab

MEDICAL LAB IPS SAS

Nit: 900627708-2

Dirección : CRA. 14 BIS #16 BIS -14

Teléfono : 3219676603

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Número: MLIM803

Fecha Generación: 04/05/2023 11:19 a. m.

Fecha Validación: 04/05/2023 11:19 a. m.

SEÑORES INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE LARECREACION EL APROVECHAMIENTO  
DEL TIEMPO LIBRE LA EDUCACION EXTRAESCOLAR  
DIRECCIÓN CR 3 14 A 68 BRR COLISEO COBURGO-FUTSAL  
CONTRATO INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE LARECREACION EL APROVECHAMIENTO  
PLAN INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE LARECREACION EL APROVECHAMIENTO  
OBSERVACIÓN

NIT 890680338 - 1

TÉLEFONO 3115928388

MUNICIPIO FUSAGASUGA

FECHA VENCIMIENTO 04/05/2023 11:19 a.

Periodo Facturación Fecha Desde 01/04/2023

Fecha Hasta 31/05/2023

| Datos producto                                                   |          |                                                                                   |                 | Datos Venta |              |          |         |           |          |             |
|------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------------|----------|---------|-----------|----------|-------------|
| Número de ítems                                                  | Código   | Nombre                                                                            | Número de Venta | Fecha       | Vlr Unitario | Cantidad | Recargo | Descuento | Impuesto | Valor Total |
| CONSULTA, MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS           |          |                                                                                   |                 |             |              |          |         |           |          |             |
| 1                                                                | 890202   | Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades Médicas - Ocupacional            | 708             | 22/04/2023  | 43,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 43,000.00   |
| 2                                                                | 895100   | Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod                                   | 708             | 22/04/2023  | 50,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 50,000.00   |
| 3                                                                | 890202   | Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades Médicas - Ocupacional            | 720             | 26/04/2023  | 43,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 43,000.00   |
| 4                                                                | 895100   | Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod                                   | 720             | 26/04/2023  | 50,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 50,000.00   |
| 5                                                                | 890202   | Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades Médicas - Ocupacional            | 2233            | 27/04/2023  | 43,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 43,000.00   |
| 6                                                                | 890202   | Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades Médicas - Ocupacional            | 772             | 03/05/2023  | 43,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 43,000.00   |
| SUBTOTAL CONSULTA, MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS  |          |                                                                                   |                 |             |              |          |         |           |          | 272,000.00  |
| DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN SISTEMAS VISUAL Y AUDITIVO          |          |                                                                                   |                 |             |              |          |         |           |          |             |
| 7                                                                | 950601   | Medición De Agudeza Visual - Visiometría                                          | 708             | 22/04/2023  | 15,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 15,000.00   |
| 8                                                                | 954107   | Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal] | 708             | 22/04/2023  | 20,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 20,000.00   |
| 9                                                                | 950601   | Medición De Agudeza Visual - Visiometría                                          | 720             | 26/04/2023  | 15,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 15,000.00   |
| 10                                                               | 954107   | Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal] | 720             | 26/04/2023  | 20,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 20,000.00   |
| 11                                                               | 950601   | Medición De Agudeza Visual - Visiometría                                          | 772             | 03/05/2023  | 15,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 15,000.00   |
| 12                                                               | 954107   | Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal] | 772             | 03/05/2023  | 20,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 20,000.00   |
| SUBTOTAL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN SISTEMAS VISUAL Y AUDITIVO |          |                                                                                   |                 |             |              |          |         |           |          | 105,000.00  |
| LABORATORIO CLÍNICO                                              |          |                                                                                   |                 |             |              |          |         |           |          |             |
| 13                                                               | 903841   | Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina                                  | 708             | 22/04/2023  | 15,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 15,000.00   |
| 14                                                               | 90381801 | Perfil Lipídico [HDL] [LDL] [COLESTEROL TOTAL] [TRIGLICÉRIDOS]                    | 708             | 22/04/2023  | 31,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 31,000.00   |
| 15                                                               | 903841   | Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina                                  | 720             | 26/04/2023  | 15,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 15,000.00   |
| 16                                                               | 90381801 | Perfil Lipídico [HDL] [LDL] [COLESTEROL TOTAL] [TRIGLICÉRIDOS]                    | 720             | 26/04/2023  | 31,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 31,000.00   |
| 17                                                               | 903841   | Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina                                  | 772             | 03/05/2023  | 15,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 15,000.00   |
| 18                                                               | 90381801 | Perfil Lipídico [HDL] [LDL] [COLESTEROL TOTAL] [TRIGLICÉRIDOS]                    | 772             | 03/05/2023  | 31,000.00    | 1        | 0.00    | 0.00      | 0.00     | 31,000.00   |
| SUBTOTAL LABORATORIO CLÍNICO                                     |          |                                                                                   |                 |             |              |          |         |           |          | 138,000.00  |

Realizado FIERRO NUÑEZ LINA VICTORIA  
Sede Medical Lab

Impreso Por LINA VICTORIA FIERRO NUÑEZ  
Original

Fecha: 04/05/2023 11:19 a. m.  
Página 1 de 2



MEDICAL LAB IPS SAS  
Nit: 900627708-2  
Dirección : CRA. 14 BIS #16 BIS -14  
Teléfono : 3219676603

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA  
Número: MLIM803  
Fecha Generación: 04/05/2023 11:19 a. m.  
Fecha Validación: 04/05/2023 11:19 a. m.

|                                                                                           |                       |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
| SON: QUINIENTOS QUINCE MIL PESOS M/Cte.<br><br>Forma de pago: Crédito<br><br>Plazo 0 días | Total Items           | 18         |
|                                                                                           | Valor Bruto           | 515,000.00 |
|                                                                                           | Recargo               | 0.00       |
|                                                                                           | Descuentos            | 0.00       |
|                                                                                           | Impuestos             | 0.00       |
|                                                                                           | Total otros Conceptos | 0.00       |
|                                                                                           | Valor Total           | 515,000.00 |
|                                                                                           | Total conceptos Cobro | 0.00       |
|                                                                                           | Pagos                 | 0.00       |
|                                                                                           | Saldo Factura         | 515,000.00 |

Resolución autorización DIAN 18764040989387 09 de diciembre 2022 MLIM 1-5000

Firma del Paciente

Firma MEDICAL LAB IPS SAS

Firma de Aceptada



CUFE: 96e87c95555960a24ae6b5f6e1b33a3eb6009d45ba74aeb5d8ea0e164cccb571b91267f32fadd3f04257f5e9a029680d  
IMedicalCloud  
Fabricante de Software: IMedicalServices NIT: 901.127.736-7  
Proveedor tecnologico: Software Estrategico S.A.S  
NIT: 900395252-9



RELACION CARGOS POR EMPRESA  
MEDICAL LAB IPS SAS  
900627708-2

Entidad

INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE LARECREACION EL APROVECHAMIENTO  
DEL TIEMPO LIBRE LA EDUCACION EXTRAESCOLAR

NIT

890680338-1

Número:  
Fecha:

MLIM803  
04/05/2023

ACTIVA

| Ingreso: Detalles de Ingreso |                                   |                                                                                   |                  |  |                           |   |              |             |              |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|---------------------------|---|--------------|-------------|--------------|
| 2555                         | Nombre del paciente               |                                                                                   | Documento        |  | Productos                 |   | Vir. Total   |             | Saldo        |
|                              | FRANCISCO JAVIER<br>BELTRAN CRUZ  |                                                                                   | CC<br>1116233352 |  |                           |   | \$124,000.00 |             | \$124,000.00 |
|                              | Fecha Ingreso: Apr 19 2023 7:55AM |                                                                                   |                  |  |                           |   |              |             |              |
|                              |                                   |                                                                                   |                  |  | Venta N° Código    Nombre |   |              |             |              |
| 772                          | 903841                            | Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina                                  |                  |  | Cantidad                  | 1 | CIE 10       | Vir. Neto   | Abonos       |
|                              |                                   |                                                                                   |                  |  |                           |   | Z100         | \$15,000.00 | \$15,000.00  |
|                              | 950601                            | Medición De Agudeza Visual - Visiometria                                          |                  |  |                           | 1 | Z100         | \$15,000.00 | \$15,000.00  |
|                              | 954107                            | Audiometria De Tonos Puros Aereos Y Oseos Con Enmascaramiento [audiometria Tonal] |                  |  |                           | 1 | Z100         | \$20,000.00 | \$20,000.00  |
|                              | 890202                            | Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades Médicas - Ocupacional            |                  |  |                           | 1 | Z100         | \$43,000.00 | \$43,000.00  |
|                              | 90381801                          | Perfil Lipídico [HDL] [LDL] [COLESTEROL TOTAL] [TRIGLICÉRIDOS]                    |                  |  |                           | 1 | Z100         | \$31,000.00 | \$31,000.00  |
|                              |                                   |                                                                                   |                  |  | Productos                 |   |              |             |              |
| 2559                         | Nombre del paciente               |                                                                                   | Documento        |  | Vir. Total                |   | Vir. Neto    |             | Saldo        |
|                              | GLADYS MARCELA MARTINEZ TORRES    |                                                                                   | CC 39676017      |  | \$174,000.00              |   | \$174,000.00 |             | \$174,000.00 |
|                              | Fecha Ingreso: Apr 19 2023 8:18AM |                                                                                   |                  |  |                           |   |              |             |              |
|                              |                                   |                                                                                   |                  |  | Venta N° Código    Nombre |   |              |             |              |
| 708                          | 903841                            | Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina                                  |                  |  | Cantidad                  | 1 | R635         | \$15,000.00 | \$15,000.00  |
|                              | 895100                            | Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod                                   |                  |  |                           | 1 | R635         | \$50,000.00 | \$50,000.00  |
|                              | 950601                            | Medición De Agudeza Visual - Visiometria                                          |                  |  |                           | 1 | R635         | \$15,000.00 | \$15,000.00  |
|                              | 954107                            | Audiometria De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometria Tonal] |                  |  |                           | 1 | R635         | \$20,000.00 | \$20,000.00  |
|                              | 890202                            | Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades Médicas - Ocupacional            |                  |  |                           | 1 | R635         | \$43,000.00 | \$43,000.00  |
|                              | 90381801                          | Perfil Lipídico [HDL] [LDL] [COLESTEROL TOTAL] [TRIGLICERIDOS]                    |                  |  |                           | 1 | R635         | \$31,000.00 | \$31,000.00  |
|                              |                                   |                                                                                   |                  |  | Productos                 |   |              |             |              |
| 2753                         | Nombre del paciente               |                                                                                   | Documento        |  | Vir. Total                |   | Vir. Neto    |             | Saldo        |
|                              | ALEXANDRA HERRERA                 |                                                                                   | CC 53930018      |  | \$174,000.00              |   | \$174,000.00 |             | \$174,000.00 |
|                              | Fecha Ingreso: Apr 26 2023 7:45AM |                                                                                   |                  |  |                           |   |              |             |              |
|                              |                                   |                                                                                   |                  |  | Venta N° Código    Nombre |   |              |             |              |
| 720                          | 903841                            | Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina                                  |                  |  | Cantidad                  | 1 | Z011         | \$15,000.00 | \$15,000.00  |
|                              | 895100                            | Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod                                   |                  |  |                           | 1 | Z011         | \$50,000.00 | \$50,000.00  |



RELACION CARGOS POR EMPRESA  
MEDICAL LAB IPS SAS  
900627708-2

FACIURA DE VENIA  
Número: MLIM803  
Fecha: 04/05/2023

Entidad

INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE LARECREACION EL APROVECHAMIENTO  
DEL TIEMPO LIBRE LA EDUCACION EXTRAESCOLAR

NIT

890680338-1

ACTIVA

|      |                     |           |             |                                                                                            |                                                                              |               |             |                  |             |        |  |  |  |
|------|---------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|------------------|-------------|--------|--|--|--|
| 2797 | Nombre del paciente | Documento | Productos   |                                                                                            |                                                                              |               |             |                  |             |        |  |  |  |
|      |                     |           | 950601      | Medición De Agudeza Visual -<br>Visiometria                                                | 1                                                                            | 2011          | \$15,000.00 | \$15,000.00      | 0.0000      |        |  |  |  |
|      |                     |           | 954107      | Audiometria De Tonos Puros<br>Aéreos Y Óseos Con<br>Enmascaramiento [audiometria<br>Tonal] | 1                                                                            | 2011          | \$20,000.00 | \$20,000.00      | 0.0000      |        |  |  |  |
|      |                     |           | 890202      | Consulta De Primera Vez Por<br>Otras Especialidades Médicas -<br>Ocupacional               | 1                                                                            | 2011          | \$43,000.00 | \$43,000.00      | 0.0000      |        |  |  |  |
|      |                     |           | 90381801    | Perfil Lipídico [HDL] [LDL]<br>[COLESTEROL TOTAL]<br>[TRIGLICÉRIDOS]                       | 1                                                                            | 2011          | \$31,000.00 | \$31,000.00      | 0.0000      |        |  |  |  |
|      |                     |           | Vir. Total  | Vir. Neto                                                                                  | Abonos                                                                       | Vir. Asociado | Vir. Imp    | Saldo            |             |        |  |  |  |
|      |                     |           | \$43,000.00 | \$43,000.00                                                                                | \$0.00                                                                       | \$0.00        | 0.0000      | \$43,000.00      |             |        |  |  |  |
|      |                     |           | Cantidad    | CIE 10                                                                                     | Vir. Unitario                                                                | Vir. Neto Pr  | Vir. Imp Pr | No. Autorización |             |        |  |  |  |
|      |                     |           | 2233        | 890202                                                                                     | Consulta De Primera Vez Por<br>Otras Especialidades Médicas -<br>Ocupacional | 1             | G560        | \$43,000.00      | \$43,000.00 | 0.0000 |  |  |  |

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.423.909

BAQUERO GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1947  
EL COLEGIO  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

A+

F

ESTATURA G.S. RH

SEXO

15-DIC-1969 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00180293-F-0041423909-20090922

0016428266A 2

1600004922

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE |                 |                     |        |                            |                    |                      |                                         |  |  |
|---------------------|-----------------|---------------------|--------|----------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------------|--|--|
| TIPO                | NÚMERO          | NOMBRE APORTANTE    |        | DIRECCIÓN                  | TÉLEFONO           | CORREO               | EXONERADO PAGO PASAJES FISCALES Y SALUD |  |  |
| NI                  | 300647760-2     | MEDICAL LAB IPS SAS |        | CRA 14 BIS NO 16 BIS<br>54 | 3101448330         | torres@nariño.gov.co |                                         |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |                                         |  |  |
| UNICA               | C - MEYME       |                     |        | CUNDINAMARCA               | FUSAGASUGÁ         |                      |                                         |  |  |
| SI                  |                 |                     |        |                            |                    |                      |                                         |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |               |                        |                 |                   |
|----------------------|---------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|-------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESANO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD          |
|                      |                                 |               |                        |                 | IMPORTE<br>R<br>Q |
| PERIODO VALID        | PERIODO PRISIONES               | E             | 05/06/2023             | 68270816        | TOTAL A PAGAR     |
| 2103566              | 30/03-26                        |               |                        |                 | 82.407.200        |

## TOTALS POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |              |             |                           |                             |                          |       |                     |                  |            |                         |                |               |              |
|---------------|--------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|---------------------|------------------|------------|-------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Código EPS    | Nombre       | MET         | Cualificación Obligatoria | UPIC Adicional <sup>1</sup> | Incapacidad <sup>2</sup> |       | Licencia Maternidad |                  | Días Muera | Valor Mora Colaboración | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Atendida |
|               |              |             |                           |                             | No. Autorización         | Valor | Valor               | No. Autorización | Valor      |                         |                |               |              |
| EP-0006       | Santitas EPS | R97251445-8 | -46,400                   | 0                           |                          | 0     | 0                   |                  | 0          | 0                       | 0              | 46,400        | 1            |
| EP-0017       | Farmasur EPS | R30003566-7 | 350,500                   | 0                           |                          | 0     | 0                   |                  | 0          | 0                       | 0              | 350,500       | 7            |

## TOTALS PENSÓN

| TO JAMES PENSION |                 |              |                          |                            |                             |                           |                        |                |                |              |
|------------------|-----------------|--------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|----------------|--------------|
| College AYP      | Positive        | NIT          | Contratación Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Apertante | Acorde FSP - Satisfacción | Díaz Mora Contratación | Valor Mora FSP | Teléfono Pagar | No Atendidos |
| 230293           | Primaria        | 60025-NA00-R | 1,155,200                | 0                          | 0                           | 0                         | 0                      | 0              | 1,155,200      | 0            |
| 231100 I         | Colegiados      | 60022-NA00-R | 208,500                  | 0                          | 0                           | 0                         | 0                      | 0              | 208,500        | 0            |
| 25-14            | Cooperativistas | 90003-9000L3 | 229,100                  | 0                          | 0                           | 0                         | 0                      | 0              | 229,100        | 0            |

## TOTALS RIESGOS LABORALES

| TOTALES RECURSOS LABORALES |                   |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                             |                     |                   |               |                |
|----------------------------|-------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|----------------|
| Código ARL                 | Nombre            | MIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Retirados Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | Min. Atendidos |
|                            |                   |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                             |                     |                   |               |                |
| 14-4                       | Viva Copelán S.A. | 880307483-9 | 78.500                 |                  |       |                        | 78.500                | 0         | 0                     | 78.500              |                             |                     | 783               | 38.100        | 8              |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALER CAJAS |             |            |              |           |                   |               |              |
|---------------|-------------|------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|--------------|
| Código CCY    | Nombre      | NT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Totid a Pagar | No. Afiliado |
| CCP 22        | Caja Social | 89000735.1 | 396.000      | 0         | 0                 | 396.000       | 0            |

## ITALIAN PARAFISCALITÀ

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | Nº. Afiliados |
| SEMA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAF                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                 |                                       |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Tipo Administrativa    | No. Administradores Registrados | Valor aristas de ICE, LMA, IPR y MIRA |
| Servid                 | 7                               | 366 500                               |
| Pension                | 3                               | 1 587 300                             |
| Riesgos Laborales      | 1                               | 70 100                                |
| CCF                    | 1                               | 306 500                               |
| ESAP                   | 0                               | 0                                     |
| ICF                    | 0                               | 0                                     |
| MEN                    | 0                               | 0                                     |
| SENA                   | 0                               | 0                                     |
| <b>TOTALES</b>         | <b>7</b>                        | <b>2 457 200</b>                      |

| DATOS DEL APORTANTE |                 |                     |                            |              |                               |
|---------------------|-----------------|---------------------|----------------------------|--------------|-------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO          | NOMBRE APORTANTE    | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO     | CORREO                        |
| Ni                  | 00027708-2      | MEDICAL LAB IPS SAS | CRA 14 BIS NO 18 BIS<br>14 | 3107143339   | talentumanagement@medipla.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL     | CÓDIGO                     | DEPARTAMENTO | Ciudad / MUNICIPIO            |
| UNICA               | C - IMPUNE      |                     |                            | GUICHAMARCA  | FUSACA, LUGA                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |                |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESIANO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD       |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPL-ADOS<br>R |
|                      |                                  |               |                         |                 | UPC<br>O       |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR  |
|                      |                                  |               |                         |                 | 12.457.200     |

| DETALLE POR COTIZANTE |     |                      |                              |      |      |              |          |           |       |
|-----------------------|-----|----------------------|------------------------------|------|------|--------------|----------|-----------|-------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |     |                      |                              |      |      |              |          |           |       |
| Nº                    | Tip | Nº de Identificación | Apellidos y Nombres          | Sexo | Edad | Estado Civil | Religión | Profesión | Salud |
| 1                     | CC  | 000010206            | PYERLE MORENO FARI HANIELA   | F    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 2                     | CC  | 000004761            | HERRERA MORENO LUIS VICTOR   | M    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 3                     | CC  | 000000000            | BERRA DEZ NOEL LUIS VERGARA  | M    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 4                     | CC  | 000000000            | ELIZABETH BARRERA            | F    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 5                     | CC  | 000000000            | RICARDO L. VARGAS            | M    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 6                     | CC  | 000000000            | MANRIQUE BARRERA JORGE       | M    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 7                     | CC  | 000000000            | MANRIQUE BARRERA JORGE       | M    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 8                     | CC  | 000000000            | MANRIQUE BARRERA JORGE       | M    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 9                     | CC  | 000000000            | GALE PETERSEN BARRERA MELIZA | F    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 10                    | CC  | 000000000            | GALE PETERSEN BARRERA MELIZA | F    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |
| 11                    | CC  | 000000000            | GALE PETERSEN BARRERA MELIZA | F    | 37   | 1            | 1        | 1         | 1     |

| INFORMACIÓN NOVIATILES |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| FEBRERO                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 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 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| REDES LABORALES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| REDES LABORALES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Red             | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red |
| 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  | 27  | 28  | 29  | 30  |
| 31              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| GCP |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| GCP |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red |
| 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  | 27  | 28  | 29  | 30  |
| 31  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| PARAMETROS |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| PARAMETROS |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Red        | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red |
| 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  | 27  | 28  | 29  | 30  |
| 31         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |



Blanco Davivonda S.A.

# CERTIFICACION

FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA, 14/06/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **MEDICAL LAB IPS SAS** con **NIT 900.627.708-2** posee en el Banco Davivienda:

## CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 406000129477

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14868349860



(415) 7707212489984(8020) 000001486834986 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 6 2 7 7 0 8 2

Impuestos y Aduanas de Ginebra

8.

Representación

|                                                |                                           |                                       |                                    |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 98. Representación                             | 99. Fecha inicio ejercicio representación |                                       |                                    |
| REPRS LEGAL PRIN 1 8                           | 2 0 1 3 0 6 2 0                           |                                       |                                    |
| 100. Tipo de documento                         | 101. Número de identificación             | 102. DV                               | 103. Número de tarjeta profesional |
| Cédula de Ciudadanía 1 3                       | 4 1 4 2 3 9 0 9                           |                                       |                                    |
| 104. Primer apellido                           | 105. Segundo apellido                     | 106. Primer nombre                    | 107. Otros nombres                 |
| BAQUERO                                        | GONZALEZ                                  | MARIA                                 | CRISTINA                           |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV                                   | 110. Razón social representante legal |                                    |
|                                                |                                           |                                       |                                    |
| 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 |                                    |
|                                                |                                           |                                       |                                    |
| 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 |                                    |
|                                                |                                           |                                       |                                    |
| 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 |                                    |
|                                                |                                           |                                       |                                    |
| 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 |                                    |
|                                                |                                           |                                       |                                    |

|                                                                                   |  |                                                                                                                               |  |                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
|   |  | Formulario del Registro Único Tributario<br>Establecimientos                                                                  |  | 001                                                        |  |
| Espacio reservado para la DIAN                                                    |  | Página 4 de 5 Hoja 6                                                                                                          |  | 4. Número de formulario: 14868349860                       |  |
|  |  | <br>415177072124899841802010000014868349860 |  |                                                            |  |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT)<br>9 0 0 6 2 7 7 0 8                 |  | 6. DV<br>2                                                                                                                    |  | 12. Dirección seccional<br>Impuestos y Aduanas de Girardot |  |
|                                                                                   |  |                                                                                                                               |  | 14. Buzón electrónico<br>8                                 |  |
| Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros    |  |                                                                                                                               |  |                                                            |  |
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci 0 2                    |  | 161. Actividad económica<br>Actividades de apoyo diagnóstico                                                                  |  | 169. Fecha de cierre<br>8 6 9 1                            |  |
| 162. Nombre del establecimiento<br>OPTICA MEDICAL LAB                             |  |                                                                                                                               |  |                                                            |  |
| 163. Departamento<br>Cundinamarca 2 5                                             |  | 164. Ciudad/Municipio<br>Fusagasugá                                                                                           |  | 2 9 0                                                      |  |
| 165. Dirección<br>CR 14 B BIS 16 B 14 LC 01                                       |  |                                                                                                                               |  |                                                            |  |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>0 3 5 8 7 7 7 2                             |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 2 2 0 9 2 6                                                                       |  |                                                            |  |
| 168. Teléfono<br>3 1 0 5 6 9 1 4                                                  |  | 169. Fecha de cierre                                                                                                          |  |                                                            |  |
| 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                                                                                                          |  |                                                            |  |
| 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                                                                                                          |  |                                                            |  |

|                                                                                    |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|
|    |  | Formulario del Registro Único Tributario<br>Representación |                                          | 001                                        |                       |
| Espacio reservado para la DIAN                                                     |  |                                                            | Página 3 de 5 Hoja 3                     |                                            |                       |
|   |  |                                                            | 4. Número de formulario<br>14868349860   |                                            |                       |
|  |  |                                                            | (415)77072124868349860 000001486834986 0 |                                            |                       |
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT)                                       |  | 8. DV                                                      | 12. Dirección seccional                  |                                            | 14. Buzón electrónico |
| 9 0 0 6 2 7 7 0 8                                                                  |  | 2                                                          | Impuesto y Aduanas de Bogotá             |                                            | 8                     |
| Representación                                                                     |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
| 98. Representación                                                                 |  | 99. Fecha inicio ejercicio representación                  |                                          |                                            |                       |
| REPRS LEGAL PRIN                                                                   |  | 1 8                                                        |                                          | 2 0 1 3 9 6 2 8                            |                       |
| 100. Tipo de documento                                                             |  | 101. Número de identificación                              |                                          | 102. DV 103. Número de tarjeta profesional |                       |
| Cédula de Ciudadanía 1 3                                                           |  | 4 1 4 2 3 9 0 9                                            |                                          |                                            |                       |
| 104. Primer apellido                                                               |  | 105. Segundo apellido                                      |                                          | 106. Primer nombre                         |                       |
| BAQUERO                                                                            |  | GONZALEZ                                                   |                                          | MARIA                                      |                       |
| 107. Otros nombres                                                                 |  | 108. Número de identificación Tributaria (NIT)             |                                          | 109. DV                                    |                       |
| CRISTINA                                                                           |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
| 110. Razón social representante legal                                              |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
|                                                                                    |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
| 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                                              |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
|                                                                                    |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
| 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                                              |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
|                                                                                    |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
| 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                                              |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
|                                                                                    |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
| 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                                              |  |                                                            |                                          |                                            |                       |
|                                                                                    |  |                                                            |                                          |                                            |                       |

|                                                                                     |  |                                                              |                                            |                |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------|-----------------------|
|    |  | Formulario del Registro Único Tributario<br>Establecimientos |                                            | <div>001</div> |                       |
| Espacio reservado para la DIAN                                                      |  |                                                              | Página 4 de 5 Hoja 6                       |                |                       |
|    |  |                                                              | 4. Número de formulario<br>14868349860     |                |                       |
|  |  |                                                              | (415) 7707212489984(8020) 0000014868349860 |                |                       |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)                                        |  | 6. DIV                                                       | 12. Dirección seccional                    |                | 14. Buzón electrónico |
| 9 0 0 6 2 7 7 0 8                                                                   |  | 2                                                            | Impuestos y Aduanas de Grandor             |                | 8                     |
| Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros      |  |                                                              |                                            |                |                       |
| 160. Tipo de establecimiento                                                        |  | 161. Actividad económica                                     |                                            |                |                       |
| Establecimiento de comerci 0 2                                                      |  | Actividades de apoyo diagnóstico                             |                                            | 1 6 6 9 1      |                       |
| 162. Nombre del establecimiento                                                     |  |                                                              |                                            |                |                       |
| OPTICA MEDICAL LAB                                                                  |  |                                                              |                                            |                |                       |
| 163. Departamento                                                                   |  | 164. Ciudad/Municipio                                        |                                            |                |                       |
| Cundinamarca 2 5                                                                    |  | Fusagasugá 2 9 0                                             |                                            |                |                       |
| 165. Dirección                                                                      |  |                                                              |                                            |                |                       |
| CR 14 B BIS 16 B 14 LC 01                                                           |  |                                                              |                                            |                |                       |
| 166. Número de matrícula mercantil                                                  |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil                         |                                            |                |                       |
| 0 3 5 8 7 7 7 2                                                                     |  | 2 0 2 2 0 9 2 6                                              |                                            |                |                       |
| 168. Teléfono                                                                       |  | 169. Fecha de cierre                                         |                                            |                |                       |
| 3 1 0 5 6 9 1 4                                                                     |  |                                                              |                                            |                |                       |
| 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                                         |                                            |                |                       |
|                                                                                     |  |                                                              |                                            |                |                       |
| 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                                         |                                            |                |                       |
|                                                                                     |  |                                                              |                                            |                |                       |



ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Yo **MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía número 41.423.909 de Bogotá, en mi calidad de Representante Legal de **MEDICAL LAB IPS SAS**, identificada con NIT 900.627.708-2, me permito,

## CERTIFICAR

1. Que **MEDICAL LAB IPS SAS**, identificada con NIT 900.627.708-2, se encuentra a paz y salvo en el pago de sus aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensión y aportes parafiscales.

Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.

La presente se expide a solicitud de la Administración, a los dos (02) días del mes de Junio de 2.023.

  
**MARIA CRISTINA BAQUERO GONZALEZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**MEDICAL LAB IPS SAS**

**MEDICAL LAB IPS SAS**

Nit: 900627708 - 2

Carrera 14 Bis # 16 bis 14 Barrio Santa Anita Fusagasugá

Tel: 8717050 / 8717085