SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese nit sin digito de verificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **9016965582**

Resultados encontrados:

#	No. Identificación Tributaria	Razón Social	Representante Legal	No. Documento	Detalle Actividad Económica	Fecha Registr
1	9016965582	UNION TEMPORAL SERVICIOS INTEGRALES DE GASTROENTEROLOGIA DE ALTA COMPLEJIDAD	BREAXIS VASQUEZ CHARRIS	36694388	PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION	UNION SERVIC INTEGI GASTF DE ALT COMPI

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Santa Marta, Agosto de 2023

UNION TEMPORAL SERVICIOS INTEGRALES DE GASTROENTEROLOGIA DE ALTA COMPEJIDAD
NIT. 901696558-2
PROPUESTA TARIFARIA 2023
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

La presente propuesta tarifaria contempla las especialidades de:

1. Cirugía Gastrointestinal
2. Cirugía Bariatrica y Laparoscópica Adulto
3. Fisiología Digestiva

Modalidades de Contratación

1. Paquetes de Atención Integral por cada procedimiento Incluyen, Honorarios del especialista, Honorarios de Ayudantía, equipos especializados (Papilotomo de aguja, papilotomo de arco, guías hidrofilicas, un Stent plástico biliar, Balón de extracción de Cálculos, Canastilla de extracción de cálculos, balón de Dilatación Biliar, Equipo de duodenoscopio).

Codigo	Descripcion	Valor Del Paquete
511000	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SOD	$ 2.900.000
511102	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA TRANSDUODENAL)	$ 2.900.000
512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	$ 5.500.000
518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTOR BILIAR	$ 5.100.000
518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	$ 3.000.000
518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	$ 3.600.000
518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCÓPICA-Stent Plastico Biliar	$ 3.890.000
514003	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ENDOSCOPICAS	$ 3.600.000
519500	EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD (39)	$ 3.600.000
518500-1	TOMA DE BIOPSIA EN CPRE	$ 407.000

En los casos que en una misma intervención se realicen 2 o más paquetes, el mayor se liquidara al 100% y los subsiguientes al 70%.

2. Paquetes de Atención Integral de procedimientos de Fisiología Digestiva incluyen, Honorarios del especialista, equipos especializados (Catéter Phmetria, Catéter Argón y Capsula Endoscópica) instrumental especializado anestesiología, ayudantía e instrumentación quirúrgica.

Codigo	Descripcion	Valor Del Paquete
893904	PRUEBA DE ALIENTO PARA DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORUS (HELIPROBE)	$ 250.000
393901	MEDICION DE ACIDEZ GASTRICA EN 24 HORAS PH METRIA ESOFAGICA-PH METRIA CONVENCIONAL	$ 900.000
893905	PH METRIA ESOFAGICA + IMPEDACIOMETRIA	$ 1.200.000
454210	TERAPIA CON ARGON PLASMA	$ 1.800.000
451302	VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA	$ 5.500.000
886101	ELASTOGRAFIA (Fibroscan)	$ 900.000

3. La presente oferta tarifaria contempla los siguientes procedimientos de cirugía bariatrica laparoscópica y cirugía laparoscópica adulto

3.1 En la modalidad de Paquete de atención integral se ofertan los servicios de cirugía bariatrica detallados a continuación, que incluyen uso de quipo de video laparoscopia, honorarios médicos del cirujano, instrumental especializado para cirugía laparoscópica, Aguja de Veress desechable, trocares desechables de diferente diámetro, suministro del Harmónico, generador y tijera ACE además de los instrumentos para realizar suturas mecánicas con los cartuchos de grapas que se requieran para realizar dicho procedimiento.

Codigo	Descripcion	Valor Del Paquete
446604	CIRUGIA ANTIRREFLUJO + HIATOPLASTIA	$ 7.000.000
449802	Baipás O Derivación O Puente Gástrico Por Laparoscopia	$ 13.000.000
438402	Gastrectomía Vertical [Manga Gástrica] Por Laparoscopia	$ 12.500.000

3.2 En la modalidad de Paquete de atención integral se ofertan los servicios de cirugía laparoscópica adulto detallados a continuación, que incluyen uso de quipo de video laparoscopia, honorarios médicos del cirujano, instrumental especializado para cirugía laparoscópica, Aguja de Veress desechable, trocares desechables de diferente diámetro, suministro del Harmónico, generador y tijera ACE además de los instrumentos para realizar suturas mecánicas con los cartuchos de grapas que se requieran para realizar dicho procedimiento, Mallas y fijador endoscópico para las herniorrafías por laparoscopia, para las eventraciones se usará además una prótesis separadora de tejidos, consulta pre y post

quirúrgica, Participación de dos cirujanos para todos los procedimientos laparoscópicos avanzados

Codigo	Descripcion	Valor Del Paquete
457302	CIRUGIA DE COLON (HEMICOLECTOMIA)	$ 10.000.000
458302	COLECTOMIA TOTAL	$ 11.000.000
530002	HERNIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA UNILATERAL	$ 3.500.000

4.3 Servicios a Facturar por Evento

- ✓ Tarifa: ISS 2001 +15%
- ✓ Los procedimientos serán realizados dentro de las instalaciones del hospital
- ✓ Tarifa Fija de $400.000 por concepto de equipo e instrumental especializado de laparoscopia
- ✓ Por Concepto de materiales especializados de laparoscopia se facturaran los consumibles especializados de un solo uso que sean requeridos para cada procedimiento, y aquellos donde sea necesario realizar resección de asas intestinales, lisis de adherencias peritoneales, liberación de adherencias pélvicas, lisis o liberación de adherencias peri-ováricas o peritubáricas, se hará uso de dispositivos de energía de ultrasonido (Tijera de Armónico, Sellador de vasos ENSEAL X1, Sellador de vasos enseal G2, como el generador de la misma Gen 11).

Codigo	Descripcion	Tarifa
512404	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	ISS 2001 + 15%
542100	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	ISS 2001 + 15%
501300	BIOPSIA DE HÍGADO POR LAPAROSCOPIA	ISS 2001 + 15%
502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA POR LAPAROSCOIA	ISS 2001 + 15%
542100	DRENAJE DE COLECCION INTRA PERI TONEAL POR LAPAROSCOPIA	ISS 2001 + 15%

Cordialmente,

BRIAXIS VASQUEZ CHARRIS
Representante Legal Principal

TATIANA DE LEON DE LA CRUZ
Representante Legal Suplente

CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 25/08/2023 - 10:46:46
Recibo No. S001031314, Valor 7200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN GkMXhe1fq3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS SAS
Nit : 900361147-7
Domicilio: Santa Marta, Magdalena

MATRÍCULA

Matrícula No: 124889
Fecha de matrícula: 01 de junio de 2010
Ultimo año renovado: 2023
Fecha de renovación: 23 de febrero de 2023
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CR 7 NO 24 - 07 BARRIO LA ESPERANZA - La esperanza
Municipio : Santa Marta, Magdalena
Correo electrónico : clinicadenfermedadesdigestivas@gmail.com
Teléfono comercial 1 : 4210797
Teléfono comercial 2 : 3147686765
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CR 7 NO 24 - 07 BARRIO LA ESPERANZA - La esperanza
Municipio : Santa Marta, Magdalena
Correo electrónico de notificación : clinicadenfermedadesdigestivas@gmail.com
Teléfono para notificación 1 : 4210797
Teléfono notificación 2 : 3147686765
Teléfono notificación 3 : No reportó.

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado No. 1 del 15 de mayo de 2010 de la Asamblea De Accionistas de Santa Marta, inscrito en esta Cámara de Comercio el 01 de junio de 2010, con el No. 26255 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS SAS.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto principal la prestación de servicios medicos y quirurgicos a través de los oportunos profesionales titulados, así como la venta y distribución de productos medicos y quirurgicos. Actividades de promoción de la salud y prevencion de la enfermedad. Las actividades integrantes del objeto social podrán ser desarrolladas. Asi mismo, podrá realizar cualquier otra actividad economica lícia tanto en Colombia como en el extranjero. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera

actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$ 700.000.000,00
No. Acciones	700.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$ 661.864.000,00
No. Acciones	661.864,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$ 661.864.000,00
No. Acciones	661.864,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad será administrada y represenatda legalmente ante terceros por el representante legal, quien tendrá un suplente. Por lo tanto se entendera que el representante legal o el suplente podrá celebrar o ejecutar actos y contratos sin límites de cuantías, el representante legal o el suplente se entendera investido de los mas amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepcion de aquellas facultades que de acuerdo con los estatutos, se hubiere reservado los accionistas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

La sociedad será gerenciada, administrada y representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratacion por razon de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre. Por lo tanto, se entendera que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad. El representante legal se entendera investido de los mas amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepcion de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedara obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal. Limitaciones: Le esta prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por si o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad juridica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 25 del 16 de agosto de 2022 de la Asamblea Extraordinaria De Accionista , inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 18 de agosto de 2022 con el No. 74402 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	TATIANA JULIETH DE LEON DE LA CRUZ	C.C. No. 1.082.883.389

SUPLENTE PIEDAD PATERNOSTRO ARAGON C.C. No. 57.430.921

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) Acta No. 11 del 12 de diciembre de 2017 de la Asamblea Extraordinaria De Accionistas	52602 del 02 de enero de 2018 del libro IX
*) Acta No. 16 del 05 de agosto de 2019 de la Asamblea Extraordinaria De Accionistas	59997 del 30 de agosto de 2019 del libro IX
*) Acta No. 26 del 25 de agosto de 2022 de la Asamblea Extrordinaria	74762 del 12 de septiembre de 2022 del libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8621
Actividad secundaria Código CIIU: G4645
Otras actividades Código CIIU: P8559

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS
Matrícula No.: 124890
Fecha de Matrícula: 01 de junio de 2010
Último año renovado: 2023
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CR 7A NO 24 - 07 BRR LA ESPERANZA - La Esperanza
Municipio: Santa Marta, Magdalena

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA

MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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

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

Ingresos por actividad ordinaria : $125.000.000,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621.

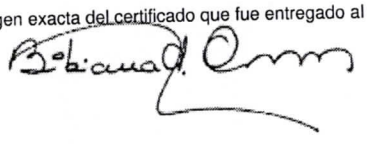
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

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

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

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

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



Bibiana Margarita Ovalle De Andreis
Secretario

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

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

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: GASTROMAG SAS
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 819006461-0
ADMINISTRACIÓN DIAN : SANTA MARTA
DOMICILIO : SANTA MARTA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 80426
FECHA DE MATRÍCULA : ENERO 08 DE 2004
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 29 DE 2023
ACTIVO TOTAL : 3,417,910,348.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 26 CRA. 5 ESQUINA
BARRIO : CENTRO
MUNICIPIO / DOMICILIO: 47001 - SANTA MARTA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 4310915
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : gastromag@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 26 CRA. 5 ESQUINA
MUNICIPIO : 47001 - SANTA MARTA
BARRIO : CENTRO
TELÉFONO 1 : 4310915
TELÉFONO 2 : 4317002
CORREO ELECTRÓNICO : gastromag@hotmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

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

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO

CERTIFICA - AFILIACIÓN

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

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 2904 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2003 OTORGADA POR NOTARIA SEGUNDA DE SANTA MARTA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 16006 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 08 DE ENERO

DE 2004, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA GASTROMAG LIMITADA.

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) GASTROMAG LIMITADA
Actual.) GASTROMAG SAS

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

CERTIFICA - TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ACTA NÚMERO 24 DEL 29 DE MARZO DE 2016 DE LA JUNTA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46863 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2016, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : DE LTDA A S.A.S.

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO	INSCRIPCION	FECHA
EP-925	20070402	NOTARIA SEGUNDA	SANTA MARTA RM09-20431	20070423
EP-2611	20091231	NOTARIA PRIMERA	SANTA MARTA RM09-25397	20100108
EP-78	20130124	NOTARIA CUARTA	SANTA MARTA RM09-34750	20130128
EP-223	20150211	NOTARIA SEGUNDA	SANTA MARTA RM09-40891	20150303
AC-24	20160329	JUNTA DE SOCIOS	SANTA MARTA RM09-46863	20160513
AC-028	20190104	ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS	SANTA MARTA RM09-56989	20190123

CERTIFICA - VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 03 DE DICIEMBRE DE 2033

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES EN LAS AREAS DE CIRUGIA, GENERAL, MEDICINA INTERNA, GASTROENTEROLOGIA, PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS, LAPAROSCOPICOS, Y SIMILARES, MANEJO DE EQUIPOS ESPECIALIZADOS, LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDIANTE EQUIPOS PROFESIONALES A PARTICULARES, E.S.E, E.PS, I.P.S. Y EN GENERAL A TODAS LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD, PARTICIPAR EN SOCIEDADES QUE TENGAN OBJETOS SIMILARES O COMPLEMENTARIOS AL DE LA SOCIEDAD, Y EN GENERAL REALIZAR TODA CLASE DE ACTOS LICITOS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES ANTERIORES. PARA EL DESARROLLO DE ESTE OBJETO PRINCIPAL LA SOCIEDAD PODRA ADQUIRIR A CUALQUIER TITULO, BIENES MUEBLES E INMUEBLES, DAR EN PRENDA LOS PRIMEROS E HIPOTECAR LOS SEGUNDOS, GIRAR ENDOSAR, ADQUIRIR, ACEPTAR, COBRAR, PROTESTAR, PAGAR CUALQUIER CLASE DE TITULOS VALORES O CUALESQUIERA EFECTOS DE COMERCIO Y ACEPTARLOS EN PAGO, IMPORTAR EQUIPOS, OBTENER DERECHOS DE PROPIEDAD SOBRE MARCAS, PATENTES, DIBUJOS E INSIGNIAS, SU REGISTRO Y PRIVILEGIOS A CUALQUIER TITULO, LA CELEBARACION DE CONTRATOS DE SOCIEDAD O ASOCIACION, PARA LA EXPLOTACION DE NEGOCIOS, QUE CONSTITUYEN SU OBJETO O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL Y CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS O CONTRATOS CIVILES INDUSTRIALES, COMERCIALES, FINANCIEROS, QUE SEAN NECESARIOS O CONVENIENTES PARA EL LOGRO DE SUS FINES Y EN GENERAL EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL LA SOCIEDAD PODRA REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD COMERCIAL O CIVIL LICITA.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	108.000.000,00	1.200,00	90.000,00
CAPITAL SUSCRITO	108.000.000,00	1.200,00	90.000,00
CAPITAL PAGADO	108.000.000,00	1.200,00	90.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 3 DEL 11 DE MAYO DE 2005 DE JUNTA EXTRAORDINARIA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 17729 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 31 DE MAYO DE 2005, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	VASQUEZ CHARRIS BREAXIS	CC 36,694,388

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 24 DEL 29 DE MARZO DE 2016 DE LA JUNTA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46864 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SUBGERENTE	SUAREZ PAREJO CESAR AUGUSTO	CC 85,459,423

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

ADMINISTRACION: LA SOCIEDAD TENDRA UN GERENTE QUIEN SERA SU REPRESENTANTE LEGAL, TENDRA A SU CARGO LA ADMINISTRACION Y GESTION DE LOS NEGOCIOS SOCIALES CON SUJECION A LA LEY, A ESTOS ESTATUTOS, A LOS REGLAMENTOS Y DECISIONES DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, ESTE A SU VEZ TENDRA UN SUBGERENTE QUIEN TENDRA SUS MISMAS FACULTADES Y LO REEMPLAZARA EN SUS FALTAS ABSOLUTAS O TEMPORALES. FACULTADES DEL GERENTE: EL REPRESENTANTE LEGAL PODRA CELEBRAR O EJECUTAR TODAS LAS ACTAS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD SIN LIMITACION DE CUANTIA. ATRIBUCIONES Y LIMITACIONES DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS: 9.- DECRETAR LA ENAJENACION TOTAL DE LOS HABERES DE LA SOCIEDAD. 10.- DELEGAR EN EL GERENTE AQUELLAS FUNCIONES CUYA DELEGACION NO ESTE PROHIBIDA POR LA LEY. 11.- ADOPTAR LAS MEDIDAS QUE RECLAME EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTATUTOS Y EL INTERES COMUN DE LOS ASOCIADOS.

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

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

*** **NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : GASTROMAG
MATRICULA : 250813
FECHA DE MATRICULA : 20220127
FECHA DE RENOVACION : 20230329
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
DIRECCION : CR 21 NO 22-44
MUNICIPIO : 47001 - SANTA MARTA
TELEFONO 1 : 4232720
CORREO ELECTRONICO : gastromag@hotmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 10,010,000

*** **NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : GASTROMAG LIMITADA
MATRICULA : 80427
FECHA DE MATRICULA : 20040108
FECHA DE RENOVACION : 20230329
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
DIRECCION : CALLE 26 CRA. 5 ESQUINA
BARRIO : CENTRO
MUNICIPIO : 47001 - SANTA MARTA
TELEFONO 1 : 4310915
TELEFONO 2 : 4317002
CORREO ELECTRONICO : gastromag@hotmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 3,120,744,924

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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

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

Ingresos por actividad ordinaria : $2,901,837,683
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621

CERTIFICA

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

CERTIFICA

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

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS

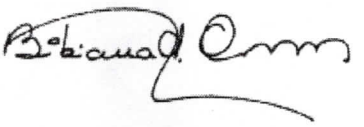
IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias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

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

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=32 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación RbBh6zJGJK

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

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



Bibiana Margarita Ovalle De Andreis
Secretario

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14845245022

(415)7707212489984(8020) 000001484524502 2

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
GASTROMAG SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
GASTROMAG LIMITADA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CL 26 CR 5 ESQ

42. Correo electrónico gastromag@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 4 3 1 0 9 1 5	3 1 4 5 9 6 1 7 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 4 0 1 0 8	8 6 9 1	2 0 0 4 0 1 0 8					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 08 - 08 / 11 : 30: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14845245022

(415)7707212489984(8020) **000001484524502 2**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	2 9 0 4	2 4
73. Fecha	2 0 0 3 1 2 0 4	2 0 1 6 0 3 2 9
74. Número de notaría	2	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 4 0 1 0 8	2 0 1 6 0 5 1 3
77. No. Matrícula mercantil	1 6 0 0 6	4 6 8 6 3
78. Departamento	4 7	4 7
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	3 2
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 1 2 0 4	
81. Hasta		

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 5 1 2 3 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14845245022

(415)7707212489984(8020) **000001484524502 2**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 3 1 2 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 6 6 9 4 3 8 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VASQUEZ	CHARRIS	BREAXIS	

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 6 0 3 2 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	8 5 4 5 9 4 2 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SUAREZ	PAREJO	CESAR	AUGUSTO

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14845245022

(415)7707212489984(8020) 000001484524502 2

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

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	7 3 0 8 5 3 8 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
POLO	OSPINO	RAFAEL	HUMBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
5,000,000	5 0	2 0 0 3 1 2 0 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 6 4 5 9 4 2 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PAREJO	SUAREZ	CESAR	AUGUSTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
5,000,000	5 0	2 0 0 3 1 2 0 4	

3

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

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

119. Razón social

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

4

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

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

119. Razón social

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

5

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14845245022

(415)7707212489984(8020) **000001484524502 2**

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento: GASTROMAG LIMITADA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

165. Dirección: CL 26 CR 5 ESQ

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14940886531

(415)7707212489984(8020) 000001494088653 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 6 1 1 4 7	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

165. Dirección: CRA 15 NO. 28A - 59 AP 201

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 2 4 8 9 0	2 0 1 0 0 6 0 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 3 5 2 3 7 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14940886531

(415)7707212489984(8020) 000001494088653 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 3 6 1 1 4 7	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

Representación

1

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

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DE LEON	DE LA CRUZ	TATIANA	JULIETH

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14940886531

(415)7707212489984(8020) 000001494088653 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 3 6 1 1 4 7	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	0 0 0 0 1	
73. Fecha	2 0 1 0 0 5 1 5	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 0 0 6 0 1	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 1 2 4 8 8 9	
78. Departamento	4 7	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 0 0 5 1 5	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 0 0 6 0 1		-
2	8 0	2 0 1 7 1 0 1 1		-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14940886531

(415)7707212489984(8020) 000001494088653 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 6 1 1 4 7	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CR 7 N 24 07 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico clinicadenfermedadesdigestivas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 2 1 0 7 9 7	6 0 5 4 2 0 7 1 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 0 5 1 1	4 6 4 5	2 0 1 0 0 5 2 4					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5														

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

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 08 - 25 / 08 : 53: 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DE LEON DE LA CRUZ TATIANA JULIETH
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

VIVA 1 A IPS S.A

CERTIFICA

Que **CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS S.A.S.**, identificado con Nit. 900.361.147-7, mantiene relaciones comerciales con nuestra organización desde el día trece (13) de mayo de 2016, conservando un buen comportamiento operativo y caracterizándose por mantener excelentes estándares de calidad en la prestación de servicios de salud.

Nombre del Contratante:	VIVA 1 A IPS S.A
Nit.:	900.219.120-2
Dirección:	Carrera 52 No. 76-167 Local 112
Ciudad:	Barranquilla
Teléfonos:	3859111
e-mail:	ljulio@viva1a.com.co
Naturaleza Jurídica:	Privada
Objeto de Contrato:	Prestación de servicios de salud
Número del Contrato:	900.361.147-7
Valor Total del contrato	Indeterminado
Fecha de Iniciación del Contrato:	Trece (13) de mayo de 2016
Fecha de Terminación del Contrato:	Vigente
Cumplimiento del Contrato:	Excelente

Se expide la presente Certificación a solicitud del interesado, a los tres (03) días del mes de febrero de 2020

Atentamente,

LILIBETH JULIO PINEDA
Jefe Nacional de Jurídica y Contrataciones
VIVA 1 A IPS S.A.

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.

NIT 800.106.339-1

CERTIFICA:

Que la institución CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS identificada con el NIT 900361147, a los (01) días del mes de Julio (7) del año dos mil quince (2015) suscribió contrato de prestación de servicios de salud con consecutivo número 601-47001-0006-2015 con COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA la cual a la fecha se encuentra vigente.

El objeto de este contrato es la prestación por parte de la institución antes mencionada de los servicios profesionales de salud en el área de consulta externa, gastroenterología, cirugía general y hepatología, apoyo diagnóstico y terapéutico ambulatorio a los usuarios de esta compañía. El valor de la facturación radicada en el año 2017 fue de tres millones quinientos cincuenta y ocho mil ochocientos setenta y dos pesos ($ 3.558.872.00 M/Cte).

A la fecha, COLMÉDICA MP no ha sido notificada de siniestros, ni demandas relacionadas con el contrato antes mencionado ni con la prestación de los servicios por parte de la institución.

La presente certificación se expide por solicitud de LA INSTITUCIÓN.

Dada en la ciudad de Bogotá, a los once (11) días del mes de Octubre del año dos mil dieciocho (2018).

Atentamente,

EDUARDO PLATA FORERO
VICEPRESIDENCIA TÉCNICA
COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA

QUIMIOSALUD

A QUIEN CORRESPONDA

QUIMIOSALUD LTDA

CERTIFICA QUE:

El Contratista **CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS** identificado con NIT: 900.361.147-7, desde el 1 de octubre del 2018 a la fecha, mantiene vinculos comerciales con QUIMIOSALUD LTDA. y ha cumplido en la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios. El contratista no ha incurrido en omisiones u eventos que afecten la prestación de los servicios contratados.

Como consecuencia de lo anterior, se expide en la ciudad de Barranquilla la presente certificación a solicitud del interesado a los veintitrés (23) días del mes de enero de dos mil veinte (2020).

Cordialmente,

Armando Gómez
Director Comercial.
QuimioSalud Ltda.

Cra 51B No 84-53 Of. 506 Tel. 3586049 Cel Of. 320 6568049
Cra 43A No 95-75 Tel. 3456700 Cel Of. 320 565 3144 Medellín
Cra 15 No 93A-84 Tel. 6562102 Cel Of. 320 5678064 Bogotá
Cra 15 No 93A-84 Tel. 2617622 Cel Of. 320 5668047 Cartagena
E-mail: ventas@quimiosalud.com

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA — República de Colombia

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

SIGLA: CED

NIT No. 900361147-7

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:

ORDEN: NAL [ ] DPTL [ ] DIST [X] MPL [ ] OTRO [ ] _____

TIPO: [0][8] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE: [1][6] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS	DEPARTAMENTO
	COLOMBIA	MAGDALENA

MUNICIPIO	DIRECCIÓN	
SANTA MARTA	CRA 7 #24-07 LA ESPERANZA	
TELÉFONOS: 6054210797	FAX	APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 GASTROENTEROLOGIA	2 HEPATOLOGIA
3 GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	4 CIRUGIA GASTROINTESTINAL
5 CIRUGIA GENERAL	6 ENDOSCOPIA DIGESTIVA

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
COOSALUD LTDA		X	01 8000 515611	INDEFINIDO	INDETERMINADO
ASOCIACION MUTUAL SER		X	018000-116882	dic-23	865.221.050
BIENESTAR IPS		X	01 8000 95 4400	INDEFINIDO	INDETERMINADO
VIVA 1A IPS		X	6054365163	INDEFINIDO	INDETERMINADO
FAMISANAR EPS		X	018000 11 66 62	INDEFINIDO	INDETERMINADO

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

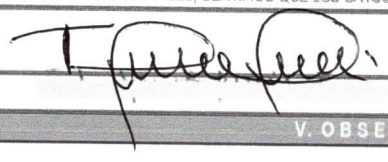
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
DE LEON	DE LA CRUZ	TATIANA DE LEON

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE:	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN
C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	1082883389	Representante Legal [X] Apoderado [ ]	$

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI [X] NO [ ] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES: _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA: 

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: AGOSTO 26 DEL 2023

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CIUDAD Y FECHA
TATIANA DE LEON DE LA CRUZ	SANTA MARTA 23 MARZO 2023

COOSALUD EPS

Santa Marta, 07 de noviembre de 2017

Doctora
TATIANA DE LEON D.
Gerente
Clinica de Enfermedades Digestivas

RPR0308242017

REF: *REPUESTA DE PETICION POR SOLICTUD DE CERTIFICACION CONTRACTUAL.*

JUAN CARLOS GNECCO ARREGOCES, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado civilmente con la cédula de ciudadanía No 80.412.351 expedida en Bogotá D.C, por medio del presente escrito concurro ante usted en mi condición de **GERENTE DE LA COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD EPS-S MAGDALENA**, en virtud de emitir contestación a su petición radicada ante esta entidad.

Es de manifestarle que nuestra EPS COOSALUD S, le ha dado cabal cumplimiento a la prestación de los servicios cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, puesto que nuestra EPS S- se ha caracterizado por ser garante de suplir las necesidades médicas de nuestros afiliados.

CONTRATANTE: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
CONTRATISTA; CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS SAS
DIRECCION Y TELEFONO: Cra 4 N° 26ª- 71 Segundo piso (Fundación Cardiovascular)- 4352374-3157853127- 3126168474
OBJETO DEL CONTRATO: SERVICIOS POR NIVEL DE ATENCION- Prestación de servicios de RECUPERACION DE LA SLAUD mediante la modalidad de pago por EVENTO.
NUMERO DE CONTRATO: SMA2017E2A187
FECHA DE INICIO Y TERMINACION DE CONTRATO: 01/07/2017-30/06/2018
VALOR DEL CONTRATO: $107,216,165,00
INDICAR QUE SE CUMPLIO CON CADA UNA DE LAS EXIGNCIAS QUE FUERON PACTADAS EN EL CONTRATO CELEBRADO: SE CUMPLIO CON LA ACABALIDAD.
CALIFICACION DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS: BUENAS

Dirección: calle 29 # 13-60 Bavaria
NIT: 900226715-3
TEL:4236010

Clínica de Enfermedades DIGESTIVAS CED NIT. 900.361.187-7

Esperando haber respondido su petición de fondo y dentro de los términos conferidos por la resolución 1755 de 2015.

09-Nov-17 09:42 am

Cordialmente.

JUAN CARLOS GNECCO ARREGOCES
C.C. N° 80.412.351 de Bogotá D.C
GERENTE- COOSALUD EPS-S, Sucursal Magdalena
Elaboro: A Jiménez

COOSALUD
RPE0321372017
07/11/2017 03:30:58 pm
RESPUESTA
Radicado_Entrada: RPR0308242017
Ana Karina Batista Barrios

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA JURIDICA	CODIGO: FINC5F VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		25/08/2023

1. IDENTIFICACIÓN

Razón Social o Denominación GASTROMAG SAS

Sigla	Tipo							Clase
		NAL	DPTL	DIST	MPL		OTRO:	

Número de Identificación tributaria	Número de Formulario	Fecha de expedición			Fecha de Expedición		
819006461-0		DD	MM	AA	DD	MM	AA

Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento	No. Celular	Telefono

Sucursales	SI	X	NO		Establecimientos de Comercio	SI		NO	
Cuáles CARRERA 5 CON CALLE 26 ESQUINA INTERIOR CLINICA EL PRADO					Cuáles GASTROMAG SAS				

Correo Electrónico gastromag@hotmail.com

Servicios	Actividad Principal CIIU

1.- Detalle Actividad Económica	2.- Descripción del CIIU
ACITIVIDAD DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNAION	8621

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento						Número
BREAXIS VASQUEZ CHARRIS	C.C.	X	C.E.		P.P		36,694388

2. DATOS LABORALES

Entidad Contratante	Pública	Privada	Telefono	Fecha de ingreso	Fecha de Terminación	Valor
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	X					200.000.000

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 272.937.018			Total Egresos mensules 77.409.667					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos 3,275,244,212			Total Pasivos 928,916,000					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes DIC	Año 2022	Es declarante?	SI	X	NO		
Maneja Recursos Publicos? En caso de manejar Recursos Publicos Indique su Origen (Convenios, Regalias Publicas Otros)				SI		NO	X	

Realiza Operaciones Internacionales (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, Prestamos, Pagos, envio de Giros etc.?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado no proviene de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo, ni de otra actividad ilicita:

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos- Cargo	BERLANDO ALMANZA - GERENTE	Dirección	CRA 13 A NO 22-26	Teléfono	318 8313133
Personal	Nombres y Apellidos- Cargo	HILDA MARUN CLARO-GERENTE	Dirección	CRA 5 NO 24-43	Teléfono	####

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a La E.S.E. Hospital departamental de Villavicencio no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

7. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Firma Solicitante o Representante Legal

Huella Índice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha						Hora			
	aa		mes		día		a.m.		p.m.	
Resultado	Aceptado				Rechazado					
Observaciones										
Nombre y firma Asesor oficina										

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa mes día	a.m. p.m.	
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI NO
Aceptado	Rechazado	Observaciones
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
DE LEON	DE LA CRUZ	TATIANA JULIETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1082883389

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 10 MES 09 AÑO 1988

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 7 # 24.07 LA ESPERANZA

PAÍS COLOMBIA DEPTO _____

MUNICIPIO SANTA MARTA MAGDALENA

TELÉFONO 3014126299 EMAIL: tatianadeleondelacruz@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		CONTADOR PUBLICO	12	2013	195236-T

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	gerenciaced@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6054210797	DÍA 02 MES 05 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GERENTE	GERENCIA	CRA 7 #24-07 LA ESPERANZA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	infocbn.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3004714060	DÍA MES 06 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE	DOCENCIA	Av. El Libertador #13-45

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SOMESA CLINICA DEL PRADO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	talentohumano@clinicadelprado.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6054329200	DÍA 01 MES 07 AÑO 2016	DÍA 30 MES 04 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
JEFE DE COMPRAS	COMPRAS	CRA 5 # 25-46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA DE LA MUJER S.A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	gestionhumana@clinicadelamujersa.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6054204089	DÍA 01 MES 10 AÑO 2005	DÍA 30 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
JEFE DE FACTURACION	FACTURACION	CALLE 22 # 21-16

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

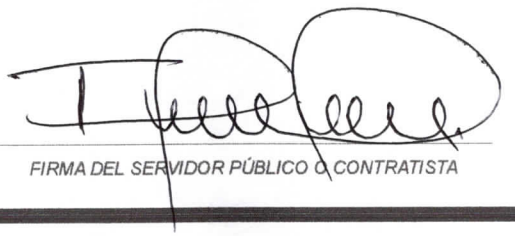
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
JEFE DE FACTURACION – CLINICA DE LA MUJER	5	
GERENTE GENERAL – CLINICA DE ENFERMED DIGESTIVAS	5	
DOCENTE – CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE	9	
CONTADOR INDEPENDIENTE	5	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VASQUEZ	CHARRIS	BREAXIS MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36694388 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIANO

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 30 MES 10 AÑO 1980

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIENAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5 CALLE 26 ESQUINA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4310915-4317002 EMAIL briaxym@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1996
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		CONTADOR PUBICO	06	2004	
ES	2	X		GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	04	2008	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GASTROMAG S.A.S		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	gastromag@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4310915-4317002	DÍA 1 MES 1 2004	DÍA MES

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
GERENTE REPREENTANTE LEGAL		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAFESALUD EPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES	DÍA ME AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO		
PRIVADO	09	
TOTAL		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

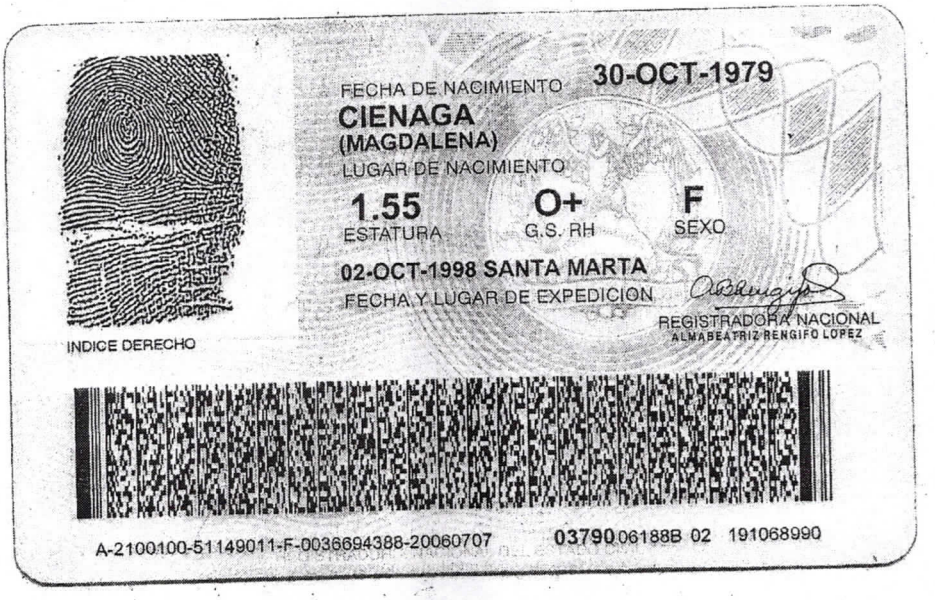
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.082.883.389
NUMERO
DE LEON DE LA CRUZ
APELLIDOS
TATIANA JULIETH
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1988
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-SEP-2006 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-2100100-51157562-F-1082883389-20070418
04496 07108A 02 229412341


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 36.694.388
VASQUEZ CHARRIS
APELLIDOS
BREAXIS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1979
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-OCT-1998 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-2100100-51149011-F-0036694388-20060707
03790 06188B 02 191068990

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 229995275

PIB
08:23:30

Bogotá DC, 25 de agosto del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) TATIANA JULIETH DE LEON DE LA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1082883389:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 230005167

PIB
09:57:18

Bogotá DC, 25 de agosto del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BREAXIS VASQUEZ CHARRIS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36694388:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 229995598

PIB
08:27:27

Bogotá DC, 25 de agosto del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS SAS identificado(a) con NIT número 9003611477:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 230004987

PIB
09:55:50

Bogotá DC, 25 de agosto del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona GASTROMAG SAS identificado(a) con NIT número 8190064610:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de agosto de 2023, a las 08:31:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1082883389
Código de Verificación	1082883389230825083102

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de agosto de 2023, a las 09:58:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	36694388
Código de Verificación	366943882308250958 54

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de agosto de 2023, a las 08:32:50, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	900361147
Código de Verificación	900361147230825083250

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de agosto de 2023, a las 10:01:17, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	8190064610
Código de Verificación	819006461023082510011 7

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:03:01 AM horas del 25/08/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **36694388**

Apellidos y Nombres: **VASQUEZ CHARRIS BREAXIS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

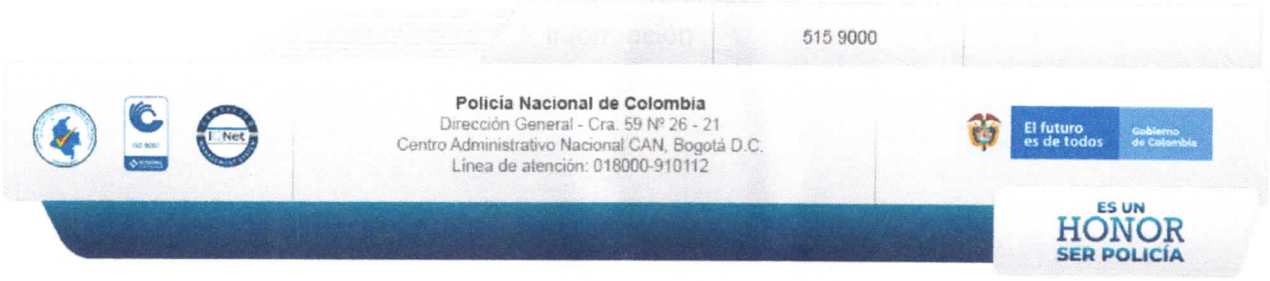
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/08/2023 09:39:20 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1082883389 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **71097768** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/08/2023 10:31:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **36694388 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **71132877** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA JURIDICA

Yo, **DAVID ALFONSO GÓMEZ CAMPO** identificado con cédula de ciudadanía No. 85.456.314 en calidad de Contador de la ***Clínica de Enfermedades Digestivas de Nit 900.361147-7,*** durante los periodos de Octubre a diciembre del 2.022 y Enero del 2023 calendario legalmente exigibles, ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Santa Marta, a los (25) días del mes de agosto de 2023

DAVID ALFONSO GÓMEZ CAMPO
Cc No 85.456.314 de Santa Marta
Contador Público 60.797 –T

Gastromag
UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL MAGDALENA

www.gastromag.com
gastromag.co
citas@gastromag.co

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.
Artículo 50 de la Ley 789 de 2002

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Contador público **y el representante legal de** la sociedad **GASTROMAG SAS** Identificada con NIT No. 819.006.461-0, se permite certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales oportunamente ante las distintas Administradoras.

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES		
PENSION		
NIT	CODIGO	NOMBRE
800229739	230201	PROTECCION
900336004	25-14	COLPENSIONES
800224808	2303101	PORVENIR
SALUD		
NIT	CODIGO	NOMBRE
800251440	EPS005	SANITAS SA
900226715		COOSALUD EPS
830003564		FAMISANAR EPS
800130907	EPS002	SAUD TOTAL EPS
CAJA DE COMPESACION		
NIT	CODIGO	NOMBRE
891780093	CCF-33	CCF DEL MAGDALENA
RIESGOS PROFESIONALES		
NIT	CODIGO	NOMBRE
800226175	14-25	COLMENA

Sede Principal
Cra. 21 - #22-44, Santa Marta, Col.

Sede Clínica El Prado
Cra. 5 - Cll. 26, Santa Marta, Col.

605 423 7110

Gastromag
UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL MAGDALENA

www.gastromag.com
gastromag.co
citas@gastromag.co

Nos Acogemos a la ley 1607 del 2012 Resolución 1300 de 2013 Exoneración de aportes patronal en Salud.
Dado en Santa Marta, a los 25 días del mes de agosto 2023,

FIRMA: _____
NOMBRE RUTH E. BROCHERO CARRILLO
Contador
No. TARJETA PROFESIONAL 61125-T
Teléfonos: 3116900901
Fijos: 4231456

FIRMA: _____
NOMBRE BREAXIS VASQUEZ CHARRIS
Representante Legal
Teléfonos: 3145961770

Sede Principal
Cra. 21 - #22-44, Santa Marta, Col.

Sede Clínica El Prado
Cra. 5 - Cll. 26, Santa Marta, Col.

605 423 7110

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7 0 A 5 E E 0 B 2 7 7 0 C 1 9 B

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DAVID ALFONSO GOMEZ CAMPO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 85456314 de SANTA MARTA (MAGDALENA) Y Tarjeta Profesional No 60797-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 3 días del mes de Noviembre de 2022 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
NIT 900361147	7	CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SANTA MARTA	cra 7 n 24-07 barrio la esperanza	SANTA MARTA-MAGDALENA	4207163	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2023-06	2023-07	43835170	9453547383	E	2023/07/13	2023/07/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$7,929,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1010129684	AGUILAR DE LA PEÑA ENEIDA TERESA	Dependiente	0	No	No																											
2	CC	1045674228	ALVAREZ GONZALEZ MERCEDES MARCELA	Dependiente	0	No	No																											
3	CC	32775353	ALZAMORA ACOSTA MARIA DEL SOCORRO	Dependiente	0	No	No																											
4	CC	1082966483	ARAGON GONZALEZ ANTONIO JOSE	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	1083017250	AYALA GARRIDO DAYANA ANDREA	Dependiente	0	No	No																											
6	CC	26900622	DE LA PEAA LUNA MARINA ISABEL	Dependiente	0	No	No																											
7	CC	1082883389	DE LEON DE LA CRUZ TATIANA JULIETH	Dependiente	0	No	No																											
8	CC	1098620107	DUARTE GARCIA MARIA CAMILA	Dependiente	0	No	No																											
9	CC	85456314	GOMEZ CAMPO DAVID ALFONSO	Dependiente	0	No	No																											
10	CC	12563723	GUERRERO AGUILAR JESUS ANTONIO	Dependiente	0	No	No																											
11	CC	15674971	HERNANDEZ BLANCO JAVIER ENRIQUE	Dependiente	0	No	No																											
12	CC	79593333	LOPEZ AGUILAR LUIS CARLOS	Dependiente	0	No	No																											
13	CC	39049894	LOPEZ ARRIETA MIRLYS ESTHER	Dependiente	0	No	No																											
14	CC	1085226274	LOPEZ TURIZO SINDY PATRICIA	Dependiente	0	No	No																											
15	CC	36727186	NUÑEZ MORA SISLEY CECILIA	Dependiente	0	No	No																											
16	CC	1085225999	PABA GAZCON ROSA PATRICIA	Dependiente	0	No	No																											
17	CC	57430921	PATERNOSTRO ARAGON PIEDAD	Dependiente	0	No	No																											
18	CC	1082961989	RINCON PAYAN JANA MARGIE JULIETH	Dependiente	0	No	No																											
19	CC	12560372	RIVAS LOPEZ JOAQUIN GREGORIO	Dependiente	0	No	No																											
20	CC	1082837059	RUMBO AGUIRRE AMILKAR MANUEL	Dependiente	0	No	No																											
21	CC	7592606	SALAS ORTIZ HENRY DE JESUS	Dependiente	0	No	No																											

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		EPS MUTUAL SER	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		FAMISANAR	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		CAJACOPI	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		EPS MUTUAL SER	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 2.782.500	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 2.782.500	16%	SIN RIESGO	$ 445.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 445.200		SANITAS	30	$ 2.782.500	4%	$ 111.300	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	23%	ALTO RIESGO	$ 301.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 301.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	23%	ALTO RIESGO	$ 301.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 301.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PROTECCION	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.924.110	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.924.110	16%	SIN RIESGO	$ 307.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 307.900		SANITAS	30	$ 1.924.110	4%	$ 77.000	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$
						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	$

2023/08/16 05:38 p.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

	Total	EPS Destino	CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
			Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 111.300		CAJAMAG	30	$ 2.782.500	4%	$ 111.300	ARL SURA	30	$ 2.782.500	0,522%	1	$ 14.600	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 77.000		CAJAMAG	30	$ 1.924.110	4%	$ 77.000	ARL SURA	30	$ 1.924.110	0,522%	1	$ 10.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI

2023/08/16 05:38 p.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

22	CC	763617	URIBE ARVILLA		Dependiente	0	No	No					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación			Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900360147	1082847723	VILLAMIZAR DE GONZALEZ	DAYANA CECILIA	Dependiente	0	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SANTA MARTA	cra 7 n 24-07 barrio la esperanza	SANTA MARTA-MAGDALENA	4207163	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	43835170	9453547383	E	2023/07/13	2023/07/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$7,929,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				25	$5,253,900	$0	$0	$5,253,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$742,400	$0	$0	$742,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	9	$1,902,400	$0	$0	$1,902,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$2,237,900	$0	$0	$2,237,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$371,200	$0	$0	$371,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$165,000	$0	$0	$165,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	25	$165,000	$0	$0	$165,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$1,255,500	$0	$0	$1,255,500
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	25	$1,255,500	$0	$0	$1,255,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				25	$1,255,500	$0	$0	$1,255,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$46,400	$0	$0	$46,400
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	2	$92,800	$0	$0	$92,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	4	$185,600	$0	$0	$185,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$46,400	$0	$0	$46,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$139,200	$0	$0	$139,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	14	$745,100	$0	$0	$745,100
TOTAL				25	$7,929,900	$0	$0	$7,929,900

2023/08/16 05:38 PM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	819006461
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GASTROMAG LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 26 CARRERA 5 ESQUINA	TELÉFONO:	4317002
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7892824896**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES:	agosto
	AÑO: 2023			AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/08/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			102002285

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	4	$ 1.251.200
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 192.000
800224808	230301	230301-PORVENIR	10	$ 1.907.200
		SUBTOTAL:	15	**$ 3.350.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	$ 94.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5	$ 240.800
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 48.000
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	6	$ 406.400
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 48.000
		SUBTOTAL:	15	**$ 837.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891780093	CCF33	CCF33-CCF DEL MAGDALENA	15	$ 837.600
		SUBTOTAL:	15	**$ 837.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	15	$ 240.800
		SUBTOTAL:	15	**$ 240.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 5.266.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 5.266.400**

						$ 1.160.000	No	Fijo	PORVENIR	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400
						$ 1.160.000	No	Fijo	PROTECCION	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SANITAS	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400
						$ 1.160.000	No	Fijo	COLFONDOS	30	$ 1.160.000	16%	SIN RIESGO	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600		SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400
																				$ 5.253.900						$ 1.255.500

2023/08/16 05:38 PM

aportes en línea

Planilla Integrada

$ 0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$ 0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$ 0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$ 0	$ 46.400		CAJAMAG	30	$ 1.160.000	4%	$ 46.400	ARL SURA	30	$ 1.160.000	0,522%	1	$ 6.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$ 1.255.500						$ 1.255.500						$ 165.000				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

2023/08/16 05:38 PM

Banco Caja Social
Su banco amigo

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

UNION SERVICIOS INTEGRALES DE Identificado con NI 9016965582

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina AVENIDA LOS ESTUDIANTES, con las siguientes características:

Cuenta de Ahorros

Número:	24121550648
Fecha de apertura:	23 de Marzo de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 2 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

VIGILADO

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0396 AVENIDA LOS ESTUDIANTES de la ciudad de SANTA MARTA, el día Jueves, 23 de Marzo de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA JURIDICA

CODIGO: FINC5F
VERSION: 001
FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		25/08/2023

1. IDENTIFICACIÓN

Razón Social o Denominación: GASTROMAG SAS

Sigla:

Tipo: NAL | DPTL | DIST | MPL | OTRO:

Clase:

Número de Identificación tributaria: 819006461-0

Número de Formulario:

Fecha de expedición: DD MM AA

Fecha de Expedición: DD MM AA

Direccion Domicilio:

Municipio / Ciudad:

Departamento:

No. Celular:

Telefono:

Sucursales: SI | X | NO

Cuáles: CARRERA 5 CON CALLE 26 ESQUINA INTERIOR CLINICA EL PRADO

Establecimientos de Comercio: SI | | NO

Cuáles: GASTROMAG SAS

Correo Electrónico: gastromag@hotmail.com

Servicios

1.- Detalle Actividad Económica	2.- Descripción del CIIU	Actividad Principal CIIU
ACITIVIDAD DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNAION	8621	

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento						Número
	C.C.	X	C.E.		P.P		
BREAXIS VASQUEZ CHARRIS							36.694388

2. DATOS LABORALES

Entidad Contratante	Pública	Privada	Telefono	Fecha de ingreso	Fecha de Terminación	Valor
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	X					200.000.000

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 272.937.018

Otros Ingresos Mensules:

Total Activos: 3,275,244,212

Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes: DIC | Año: 2022

Total Egresos mensules: 77.409.667

Otros Egresos Mensuales:

Total Pasivos: 928,916,000

Es declarante? SI | X | NO | | SI | | NO | X

Maneja Recursos Publicos? En caso de manejar Recursos Publicos Indique su Origen (Convenios, Regalias Publicas Otros)

Realiza Operaciones Internacionales (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, Prestamos, Pagos, envio de Giros etc.?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado no proviene de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo, ni de otra actividad ilicita:

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos- Cargo	BERLANDO ALMANZA - GERENTE	Dirección	CRA 13 A NO 22-26	Teléfono	318 8313133
Personal	Nombres y Apellidos- Cargo	HILDA MARUN CLARO-GERENTE	Dirección	CRA 5 NO 24-43	Teléfono	####

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E Hospital Departamental de Villavicencio, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a La E.S.E. Hospital departamental de Villavicencio no utilizar o revocar mi información personal.3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

7. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Firma Solicitante o Representante Legal

Huella Índice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Observaciones

Nombre y firma Asesor oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa ____ mes ____ día ____	a.m. ____ p.m. ____	
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI ____ NO ____
Aceptado ____	Rechazado ____	Observaciones
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA JURIDICA

CODIGO:
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 18/01/2022

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. IDENTIFICACIÓN

Razón Social o Denominación CLINICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Sigla	Tipo							Clase
CED		NAL	DPT	DIST	MPL		OTRO:	

Número de Identificación tributaria	Número de Formulario	Fecha de expedición			Fecha de Expedición		
900361147-7		DD	MM	AA	DD	MM	AA

Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento	No. Celular	Telefono
CRA 7 # 24-07 LA ESPERANZA	SANTA MARTA	MAGDALENA	3147785864	6054210797

Sucursales	SI		NO	X	Establecimientos de Comercio	SI		NO	
Cuáles					Cuáles				

Correo Electrónico gerenciaced@gmail.com

Servicios	Actividad Principal CIIU
1.- Detalle Actividad Económica	2.- Descripción del CIIU
Presta servicios de Salud en la especialidad de endoscopia digestiva, gastroenterologia adulto y pediatrica, cirugia gastro intestinal, general y bariatrica	Q8621 - Actividades de la Practica

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento						Número
TATIANA JULIETH DE LEON DE LA CRUZ	C.C.	X	C.E.		P.P		1082883389

2. DATOS SOCIOS O ACCIONISTAS

NOMBRE DEL SOCIO O ACCIONISTA	No. Identificacion	Direccion	Ciudad de Residencia	Telefono	Es Persona Politicamente Expuesta PEP
JOAQUIN RIVAS LOPEZ	12560372	Calle 11 c # 18a-10 los almendros	Santa Marta	3003909312	
PIEDAD PATERNOSTRO ARAGON	57430921	Calle 15 cra 21 # 15-115 Jardin	Santa Marta	3102344103	
MARIA CAMILA DUARTE	1098620107	Conj Residencial las Terrazas	Santa Marta	3004071692	
HENRY DE JESUS SALAS ORTIZ	7592606	Cra 14 # 29a -86 Bavaria	Santa Marta	3006787704	
MARIA ALZAMORA ACOSTA	32775353	Calle 29 # 13-29 Bavaria	Santa Marta	3174313754	
MIRLYS LOPEZ ARRIETA	39049894	Pozo Colorados	Santa Marta	3017049700	
LAURA MILENA DONADO YANCE	1018490410	Cra 14 # 29a -86 Bavaria	Santa Marta	3106317387	
ARMANDO URIBE ARVILLA	7632617	Cra 14 # 29a -86 Bavaria	Santa Marta	3008156007	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: $316.483.389	**Total Egresos mensuales:** $89.805.015
Otros Ingresos Mensules: $ 2.168.524	**Otros Egresos Mensuales:** $1.065.029
Total Activos $2.720.751.276	**Total Pasivos:** $301.101.508

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes: 06	Año: 2023	Es declarante?	SI	X	NO	
Maneja Recursos Publicos? En caso de manejar Recursos Publicos Indique su Origen (Convenios, Regalias Publicas Otros)				SI		NO	X

Realiza Operaciones Internacionales (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, Prestamos, Pagos, envio de Giros etc.? NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: Presta servicios de Salud en la especialidad de endoscopia digestiva, gastroenterologia adulto y pediatrica, cirugia gastro intestinal, general y bariatrica

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado no proviene de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo, ni de otra actividad ilicita:

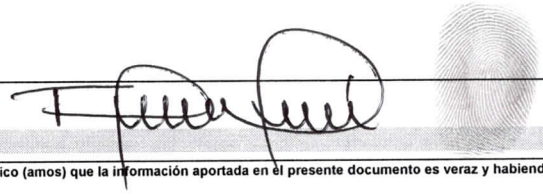
Los fondos no provienen de lavado de activos y/o cualquier actividad ilicita

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos-Cargo	PIEDAD PATERNOSTRO	Direcció	Calle 15 cra 21 # 15-115 Jardin	Teléfono	3102344103
Personal	Nombres y Apellidos-Cargo		Direcció		Teléfono	

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: Presta servicios de Salud en la especialidad de endoscopia digestiva, gastroenterologia adulto y pediatrica, cirugia gastro intestinal, general y bariatrica_ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche., con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche a no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



7. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

NOMBRE Y FIRMA DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO