# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44908**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** 8aadede1b965ad7c9cba2e01acd4c7160187808bc0b0ec78d14aed626ad7ad7879097a8201fca967acadaed36e269ee9

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
FECHA : 2023-09-22T11:20:38
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
VENCE : 22/10/2023
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
F/PAGO: Credito 30 Dias
Paciente: SIERRA RINCON LUZ MYRIAM Documento: 46354642
**(15238)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 28103 | TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR | 2 | 351,270 | 702,540 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: SETECIENTOS DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 702,540 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 702,540 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44915**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** **fb5e6f44794056f8223dba6b60f1b8cbf84f25f5919086e38160c8945b144cdcf01525ce4b50d4b7659c67a3c5fc6745**

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
Paciente: SIERRA RINCON LUZ MYRIAM Documento: 46354642

FECHA : 2023-09-22T14:23:44
VENCE : 22/10/2023
F/PAGO: Credito 30 Dias
**(15238)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 39143 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | 1 | 79,100 | 79,100 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 79,100 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 79,100 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44914**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** **59a5ec43cf57de06c3d07d60a15197bc55ff5fda259bd159cc9bc4226dc4525e5154a01150eac17978d210d83e39c120**

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
Paciente: TIQUE VARGAS LEILA Documento: 23551171

FECHA : 2023-09-22T14:21:10
VENCE : 22/10/2023
F/PAGO: Credito 30 Dias

**(15759)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 3914302 | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGIA | 1 | 53,900 | 53,900 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 53,900 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 53,900 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44913**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** **e1656284f0d055b3c73b6bcdba4d8161eebe946d4e256d7c5f272abf4dbd27085f1cb12b6b4e732b34dd630549444967**

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
Paciente: SERRANO SALAMANCA ADOLFO DE JESUS Documento: 9513389

FECHA : 2023-09-22T14:18:24
VENCE : 22/10/2023
F/PAGO: Credito 30 Dias
**(15238)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 3914302 | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGIA | 1 | 53,900 | 53,900 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 53,900 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 53,900 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44912**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** **ba7f7535f4b014a0e614f8386f85abadcc55b6237a88090bacfa739edbd14cbdbb93d6a539982c40a2bbd0b0ffa991be**

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
Paciente: HERRERA RINCON EDNA FABIOLA Documento: 40380163

FECHA : 2023-09-22T14:16:26
VENCE : 22/10/2023
F/PAGO: Credito 30 Dias
**(15238)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 3914302 | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGIA | 1 | 53,900 | 53,900 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 53,900 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 53,900 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44911**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** f5e0d2b05d38abee46345602043346f72cd82a4ca48cfb55db71167053bb76bd4642b4f4cd5ee449b2eff44abd06adf4

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
Paciente: HOYOS ESCORCIA HUGO HUMBERTO Documento: 17102476

FECHA : 2023-09-22T14:14:17
VENCE : 22/10/2023
F/PAGO: Credito 30 Dias

**(15759)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 3914302 | CONSULTA DE CONTROL POR OFTALMOLOGIA | 1 | 53,900 | 53,900 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 53,900 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 53,900 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44910**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** **79a10f365e90500a0d41e524d04984b19f6da9d1d44a881e6924e3d56ec945014fa1f308d4cabfcebe61ac103e776ec8**

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
FECHA : 2023-09-22T14:11:41
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
VENCE : 22/10/2023
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
F/PAGO: Credito 30 Dias
Paciente: PEREZ DE AVELLA ELSA BEATRIZ Documento: 24115626
**(15759)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 39143 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | 1 | 79,100 | 79,100 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 79,100 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 79,100 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

# SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S -

**Nit:** 800119574-0
**Sede principal:** Calle 13 Nº 29 - 41, Yopal
**Ciudad:** Bogotá **Teléfono:** 6333320
**Correo:** facturacion@optisalud.com

**Factura Electronica De Venta No.**

**FEAD 44909**

Impreso por SYDICOL SAS NIT 900661413 -9

***Cufe:*** **a68b51af0d73e54d8ee0ee8e07c490dd2e08b3a9e82037164f625a88bcd211feea80afa2cc2d5594d48a823df7508980**

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC o Nit : 899999034-1 Tel : 54615000
Direccion: CLL 57 8-69 BOGOTA
Paciente: AYALA RODRIGUEZ HIPOLITO Documento: 1052730

FECHA : 2023-09-22T11:27:56
VENCE : 22/10/2023
F/PAGO: Credito 30 Dias
**(15272)BOYACA**

| CODIGO | DESCRIPCION | CANT. | VLR. UNIT. | TOTALES |
|---|---|---|---|---|
| 39143 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | 1 | 79,100 | 79,100 |

SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A USUARIOS EPS SENA-REGIONAL BOYACA

SON: SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO PESOS CON 00 CENTAVOS M/CTE

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL | 79,100 |
| CUOTA MODERADORA Y/O COPAGO | 0 |
| RETE ICA | 0 |
| DESCUENTO | 0 |
| TOTAL DE LA FACTURA | 79,100 |

Elaborado por:_____

Aceptada:_____

AUTORIZACIÓN FACTURACION DIAN NRO: 18764052498708 DEL 27/07/2023 PREFIJO FEAD RANGO DEL 42862 HASTA 50000 VIGENCIA 12 MESES
IMPRESA POR COMPUTADOR
Este documento se asimila a una letra de cambio. Según el Código de Comercio Art.774

**De acuerdo a lo contemplado en la ley 1231 de 2008, esta factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si este no reclama en contra de su contenido,bien sea por devolución de la factura y de documentos de despacho,o por reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del titulo, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su recepción. Quien firma la presente factura manifiesta que esta autorizado para aceptarla.**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14914317070

(415)7707212489984(8020) 000001491431707 0

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

## 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
SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S A S

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| OPTISALUD ALCARAVAN/OPTISALUD VILLANUEVA / OPTISALUD IPS PRIMER NIVEL | OPTISALUD |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 13 29 41 BRR BRISAS DEL CRAVO

42. Correo electrónico contabilidad@optisalud.com

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

## 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 | 1 9 9 6 0 5 1 6 | 8 6 9 2 | 1 9 9 6 0 5 1 6 | | 8 6 9 9 | 4 7 7 4 | | 16 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 05 - 15 / 17 : 56: 30

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 MORENO ZULOAGA FELIPE MAURICIO
985. Cargo Representante legal Certificado

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **0000014914317070**

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

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 0 | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 5 | 0 1 |
| 72. Número | 3 4 | 4 3 |
| 73. Fecha | 1 9 9 1 0 1 1 5 | 2 0 1 1 0 4 1 8 |
| 74. Número de notaría | 1 | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 1 0 2 1 8 | 2 0 1 1 0 4 3 0 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 2 9 0 2 | 2 9 0 2 |
| 78. Departamento | 8 5 | 8 5 |
| 79. Ciudad/Municipio | 5 0 | 5 0 |

Vigencia

| | |
|---|---|
| 80. Desde | 1 9 9 1 0 1 1 5 |
| 81. Hasta | 2 0 3 1 0 1 1 5 |

## 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

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 6 1 1 0 1 | | - |
| 2 | 2 1 | 2 0 1 8 0 4 1 8 | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 0 4 0 5 2 4 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 7 9 2 8 2 5 8 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | ZULOAGA | FELIPE | MAURICIO |

| 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 2 2 1 0 1 0 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 1 1 8 5 5 2 5 0 7 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | PUENTES | MARIA | ALEJANDRA |

| 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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 7 9 2 8 2 5 8 4 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | ZULOAGA | FELIPE | MAURICIO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| 350,000,000 | 7 0 | 1 9 9 1 0 2 1 8 | 2 0 1 1 0 4 1 8 |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 1 1 8 5 5 2 5 0 7 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORENO | PUENTES | MARIA | ALEJANDRA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| 150,000,000 | 3 0 | 2 0 0 7 0 5 2 4 | 2 0 1 1 0 4 1 8 |

**3**

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

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

119. Razón social

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

**4**

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

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

119. Razón social

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

**5**

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

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

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 1 8 5 6 5 8 0 1 | | 2 6 7 6 7 8 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DELGADO | PORTILLA | SILVIA | CAMILA |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 2 0 5 0 4 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CL 13 29 41

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD CLINICA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CL 13 29 41

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|---|---|
| 6 6 2 1 6 | 2 0 0 8 0 3 1 1 | 6 3 3 3 3 2 0 | 2 0 1 9 0 3 2 1 |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD PAZ DE ARIPORO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Paz de Ariporo 2 5 0 |

165. Dirección: CR 9 9 63 LC 2

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

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD BOGOTA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

165. Dirección: CR 16 82 51 C S 2

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD SOGAMOSO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Sogamoso 7 5 9 |

165. Dirección: CR 12 19 44

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD UNICENTRO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

165. Dirección: AV UNIVERITARIA 39 77 LC 1 40

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

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **0000014914317070**

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD TAME

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Arauca 8 1 | Tame 7 9 4 |

165. Dirección: CL 16 14 02

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD DUITAMA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 |

165. Dirección: CL 9 18 66

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD VISIONAMOS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CR 29 CL 13

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD UNICENTRO YOPAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CC UNICENTRO LC 247

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD BOYACÁ

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 |

165. Dirección: CL 48 A 1 20 ESTE

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD VILLANUEVA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Villanueva 4 4 0 |

165. Dirección: CR 9 10 23

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

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **0000014914317070**

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD ARAUCA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Arauca 8 1 | Arauca 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 23 20 47

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

**2**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD PUERTO CARREÑO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Vichada 9 9 | Puerto Carreño 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 11 18 09 LC 2 CS 2

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

**3**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD VILLAVICENCIO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 31 33 21 P 4 CS 21 22

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD IPS PRIMER NIVEL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CL 40 23 99

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD ALCARAVAN

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CL 30 26 29 LC 49

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

**3**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD CHIQUINQUIRA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Boyacá 1 5 | Chiquinquirá 1 7 6 |

165. Dirección: CR 12 13 112

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

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD MEDILINK

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 13 29 41

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

**2**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD CIRUGIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 1 B 46 A 18 P 3

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

**3**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD LETICIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Amazonas 9 1 | Leticia 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 8 7 99 LC 2

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **0000014914317070**

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD SOGAMOSO 2

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Boyacá 1 5 | Sogamoso 7 5 9 | |

165. Dirección: CR 11 23 A 77

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

**2**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD BOGOTA CIRUGIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 16 82 95 P 8

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD CENTRO COMERCIAL INNOVO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Boyacá 1 5 | Duitama 2 3 8 | |

165. Dirección: CL 18 12 53 LC 35

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

**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 terapéutico 8 6 9 2 | |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD S.A.D

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 38 A 23 80

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

**2**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD TAME

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Arauca 8 1 | Tame 7 9 4 | |

165. Dirección: CR 18 13 25

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD BARBOSA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Santander 6 8 | Barbosa 0 7 7 | |

165. Dirección: CR 10 20 105

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

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: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD MADRID

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cundinamarca 2 5 | Madrid 4 3 0 |

165. Dirección: CL 7 N 1 A 91 C

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por menor de otros productos nuevos, en establecimientos espe 4 7 7 4 |

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD SARAVENA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Arauca 8 1 | Saravena 7 3 6 |

165. Dirección: CL 28 19 A 47

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: NEIVA SANTA LUCIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Huila 4 1 | Neiva 0 0 1 |

165. Dirección: CL 8 N 48 145 CC SANTA LUCIA LOCAL 34

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14914317070

(415)7707212489984(8020) **000001491431707 0**

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD NEIVA UNICENTRO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Huila 4 1 | Neiva 0 0 1 | |

165. Dirección: A K 15 CL 19 SUR CC UNICENTRO ANDALUCIA

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

**2**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD TUNJA VIVA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Boyacá 1 5 | Tunja 0 0 1 | |

165. Dirección: AV UNIVERSITARIA 50 21 LC 256

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

**3**

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

162. Nombre del establecimiento: OPTISALUD IBAGUE PRINCIPAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 77 N 10 33 P 8 ED FRONTERA

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 800119574 | 0 | SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S | A - 200 O MAS COTIZANTES | BOYACA | cl 1 n 3 5 6 | TUNJA-BOYACA | 6833708 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-09 | 34425730 | 9456336555 | E | 2023/09/18 | 2023/09/18 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $50,258,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: BOYACA (115 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $193,582,646 | $31,004,500 | | | $197,101,313 | $8,159,200 | | | $191,806,205 | $7,648,100 | | | $197,101,313 | | $3,446,200 | | $0 | $0 | | $50,258,000 |
| **Centro de Trabajo: RIESGO2 (70 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $89,052,404 | $14,282,200 | | | $92,571,071 | $3,980,500 | | | $86,848,402 | $3,452,300 | | | $92,571,071 | | $934,500 | | $0 | $0 | | $22,649,500 |
| Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (70 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $89,052,404 | $14,282,200 | | | $92,571,071 | $3,980,500 | | | $86,848,402 | $3,452,300 | | | $92,571,071 | | $934,500 | | $0 | $0 | | $22,649,500 |
| 1 | CC | 1049616961 | ACERO ASTRID | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 2 | CC | 40043350 | ALARCON ASTRID | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $5,500,000 | $935,000 | EPS005 | 30 | $5,500,000 | $220,000 | CCF10 | 30 | $5,500,000 | $220,000 | 14-25 | 30 | $5,500,000 | 1.044% | $57,500 | 30 | $0 | $0 | Si | $1,432,500 |
| 3 | CC | 1030537569 | BALAGUERA DIANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 4 | CC | 1049642874 | BARRERA FREDDY | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,455,835 | $233,000 | EPS010 | 30 | $1,455,835 | $58,300 | CCF10 | 30 | $1,455,835 | $58,300 | 14-25 | 30 | $1,455,835 | 1.044% | $15,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $364,800 |
| 5 | CC | 1052398151 | BECERRA ADRIANA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,169,259 | $187,100 | EPS037 | 30 | $1,169,259 | $46,800 | CCF10 | 30 | $1,169,259 | $46,800 | 14-25 | 30 | $1,169,259 | 1.044% | $12,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $293,000 |
| 6 | CC | 1049626379 | BELTRAN ERLINDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 7 | CC | 1002368339 | CALDERON CAROL | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 8 | CC | 46453812 | CANARIA LILIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 9 | CC | 1049653565 | CARDENAS LAURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,200,000 | $192,000 | EPS005 | 30 | $1,200,000 | $48,000 | CCF10 | 30 | $1,200,000 | $48,000 | 14-25 | 30 | $1,200,000 | 1.044% | $12,600 | 30 | $0 | $0 | Si | $300,600 |
| 10 | CC | 33365982 | CARRILLO LEYDY | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,225,543 | $196,100 | EPS005 | 30 | $1,225,543 | $49,100 | CCF10 | 30 | $1,225,543 | $49,100 | 14-25 | 30 | $1,225,543 | 1.044% | $12,800 | 30 | $0 | $0 | Si | $307,100 |
| 11 | CC | 1000972961 | CERINZA JUAN | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,409,451 | $225,600 | EPS005 | 30 | $1,409,451 | $56,400 | CCF10 | 30 | $1,409,451 | $56,400 | 14-25 | 30 | $1,409,451 | 1.044% | $14,800 | 30 | $0 | $0 | Si | $353,200 |
| 12 | CC | 46372924 | CHAPARRO SANDRA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,675,002 | $268,100 | EPS037 | 30 | $1,675,002 | $67,100 | CCF10 | 30 | $1,675,002 | $67,100 | 14-25 | 30 | $1,675,002 | 1.044% | $17,500 | 30 | $0 | $0 | Si | $419,800 |
| 13 | CC | 1193473498 | CONTRERAS GISELL | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 14 | CC | 1073382205 | DIAZ ROSALBA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS010 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 15 | CC | 1057597670 | ESCARRAGA YESSIKA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 16 | CC | 7177822 | ESPINOSA LUIS | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,400,309 | $224,100 | EPS017 | 30 | $1,400,309 | $56,100 | CCF10 | 30 | $1,400,309 | $56,100 | 14-25 | 30 | $1,400,309 | 1.044% | $14,700 | 30 | $0 | $0 | Si | $351,000 |
| 17 | CC | 1051473367 | FUQUEN LEIDY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,400,000 | $224,000 | EPS037 | 30 | $1,400,000 | $56,000 | CCF10 | 30 | $1,400,000 | $56,000 | 14-25 | 30 | $1,400,000 | 1.044% | $14,700 | 30 | $0 | $0 | Si | $350,700 |
| 18 | CC | 1002366015 | GAMBA CRISTIAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS037 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |
| 19 | CC | 1049616232 | GAMBASICA JUAN | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,387,778 | $222,100 | EPS005 | 30 | $1,387,778 | $55,600 | CCF10 | 30 | $1,387,778 | $55,600 | 14-25 | 30 | $1,387,778 | 1.044% | $14,500 | 30 | $0 | $0 | Si | $347,800 |
| 20 | CC | 1049633567 | GARCIA FRANCY | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 231001 | 30 | $1,383,269 | $221,400 | EPS005 | 30 | $1,383,269 | $55,400 | CCF10 | 30 | $1,383,269 | $55,400 | 14-25 | 30 | $1,383,269 | 1.044% | $14,500 | 30 | $0 | $0 | Si | $346,700 |
| 21 | CC | 1049652954 | GARCIA YOLIMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS037 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | CCF10 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-25 | 30 | $1,300,000 | 1.044% | $13,600 | 30 | $0 | $0 | Si | $325,600 |
| 22 | CC | 1049638444 | GONZALEZ ANDREA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,197,037 | $191,600 | EPS005 | 30 | $1,197,037 | $47,900 | CCF10 | 30 | $1,197,037 | $47,900 | 14-25 | 30 | $1,197,037 | 1.044% | $12,500 | 30 | $0 | $0 | Si | $299,900 |
| 23 | CC | 1002397287 | GONZALEZ AURA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,181,605 | $189,100 | EPS005 | 30 | $1,181,605 | $47,300 | CCF10 | 30 | $1,181,605 | $47,300 | 14-25 | 30 | $1,181,605 | 1.044% | $12,400 | 30 | $0 | $0 | Si | $296,100 |
| 24 | CC | 1002697311 | GUIO MARIA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,172,346 | $187,600 | EPS010 | 30 | $1,172,346 | $46,900 | CCF10 | 30 | $1,172,346 | $46,900 | 14-25 | 30 | $1,172,346 | 1.044% | $12,300 | 30 | $0 | $0 | Si | $293,700 |
| 25 | CC | 1052411289 | HERNANDEZ JULY | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 27 | $1,044,000 | $167,100 | EPS037 | 27 | $1,044,000 | $41,800 | CCF10 | 27 | $1,044,000 | $41,800 | 14-25 | 27 | $1,044,000 | 1.044% | $10,900 | 27 | $0 | $0 | Si | $261,600 |
| 26 | CC | 1002330315 | LARGO SANDRA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS041 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 0 | $0 | $0 | No | $157,200 |
| 27 | TI | 1050091080 | MALAGON RONALD | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 1 | $38,667 | $4,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-25 | 1 | $38,667 | 1.044% | $500 | 0 | $0 | $0 | No | $5,400 |
| 28 | CC | 46456124 | MARTINEZ GLORIA | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 231001 | 30 | $1,929,451 | $308,800 | EPS008 | 30 | $1,929,451 | $77,200 | CCF10 | 30 | $1,929,451 | $77,200 | 14-25 | 30 | $1,929,451 | 1.044% | $20,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $483,400 |
| 29 | CC | 1002722054 | MARTINEZ MARCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF10 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-25 | 30 | $1,160,000 | 1.044% | $12,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $290,600 |

| | | |

# Planilla Resumen

| | | |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 800119574 | 0 | SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S | A - 200 O MAS COTIZANTES | BOYACA | cl 1 n 3 5 6 | TUNJA-BOYACA | 6833708 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-09 | 34425730 | 9456336555 | E | 2023/09/18 | 2023/09/18 | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | 0 | $50,258,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 111 | $31,004,500 | $0 | $0 | $31,004,500 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 5 | $1,087,000 | $0 | $0 | $1,087,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 28 | $10,343,300 | $0 | $0 | $10,343,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 59 | $14,945,100 | $0 | $0 | $14,945,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 19 | $4,629,100 | $0 | $0 | $4,629,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 115 | $3,446,200 | $0 | $0 | $3,446,200 |
| COLMENA | 14-25 | 800,226,175 | 3 | 115 | $3,446,200 | $0 | $0 | $3,446,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 111 | $7,648,100 | $0 | $0 | $7,648,100 |
| COMFABOY | CCF10 | 891,800,213 | 8 | 111 | $7,648,100 | $0 | $0 | $7,648,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 7) | | | | 115 | $8,159,200 | $0 | $0 | $8,159,200 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 10 | $889,900 | $0 | $0 | $889,900 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 8 | $442,900 | $0 | $0 | $442,900 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 14 | $977,400 | $0 | $0 | $977,400 |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1 | 1 | $122,400 | $0 | $0 | $122,400 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 28 | $1,865,500 | $0 | $0 | $1,865,500 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 6 | $480,700 | $0 | $0 | $480,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 48 | $3,380,400 | $0 | $0 | $3,380,400 |
| **TOTAL** | | | | **115** | **$50,258,000** | **$0** | **$0** | **$50,258,000** |

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICACION

YOPAL, CASANARE, 03/09/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **OPTISALUD** con NIT **800.119.574-0** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA CORRIENTE**

Número 000178008629

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VALIDOPARA SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S OPTISALUD
Nit 800.119.574

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7 0 0 0 4 9 4 5 A 2 0 2 1 6 4 0

**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 **SILVIA CAMILA DELGADO PORTILLA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1118565801 de YOPAL (CASANARE) Y Tarjeta Profesional No 267678-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

**EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO, SILVIA CAMILA DELGADO PORTILLA CON CEDULA DE CIUDADANÍA N° 1.118.565.801 DE YOPAL (CASANARE), CON TARJETA PROFESIONAL NO.267678-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES, OBRANDO EN MI CALIDAD DE REVISOR FISCAL DE LA EMPRESA SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S OPTISALUD.; NIT 800.119.574-0**

**CERTIFICA**

Que en cumplimiento a lo establecido por el Decreto 1406 y el Articulo 50 de la Ley 789 de 2002 la empresa **SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S OPTISALUD.; NIT 800.119.574-0** cancela oportunamente las obligaciones por aportes de que trata la legislación de Seguridad Social y aportes a (Sena, ICBF, Caja de Compensación Familiar, Salud, Pensión y Riesgos Profesionales).

Que la **SOCIEDAD DE SERVICIOS OCUALRES S.A.S OPTISALUD.; NIT 800.119.574-0** Si ha cumplido con la obligación de efectuar los aportes correspondientes a mes de la fecha de la expedición de la presente y por los últimos seis (6) meses conforme a lo establecido en la ley.

Igualmente, certifico que las personas contratadas con contrato de prestación de servicios, se encuentran al día con sus obligaciones parafiscales.

**Dado en Yopal al (01) día del mes de Septiembre del año Dos mil Veintitrés (2023).**

**DELGADO PORTILLA SILVIA CAMILA**

3115433271

sicadepo@gmail.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

# 267678-T



SILVIA CAMILA
DELGADO PORTILLA
C.C. 1118565801
RES. INSCRIPCION 316 DEL 19/02/2020
FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

288117 299388

Identificación Plástica S.A. 180932/0119

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.



FIRMA

SIF Nación

**Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHrtamayo | ROCIO TAMAYO GUITIERREZ |
| Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-015- | SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION |
| Fecha y Hora Sistema: | 2022-06-28-4:42 p. m. | |

## REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 4322 de fecha 2022-05-18. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 64022 | **Fecha Registro:** | 2022-06-28 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-015-000000 SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 9.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 9.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 9.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 800119574 | **Razón Social:** | SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S A S | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 00000001780086529 | **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 7219380 | **Nombre:** | RAMON ANSELMO VARGAS LOPEZ | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL BOYACA |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.3759657 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2022-06-28 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101000 DESPACHO DIRECCION | C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES - | Nación | 10 | CSF | | 9.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | Total: | 9.000.000,00 | 0,00 | 9.000.000,00 | 9.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIO MEDICO CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA PARA LOS BENEFICIARIOS AFILIADOS AL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL (SMA) QUE SEAN REMITIDOS POR LOS MÉDICOS |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-015-000000 | SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2022-07-17 | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-015-000000 | SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2022-09-19 | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-015-000000 | SENA REGIONAL BOYACA-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2022-12-19 | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | NINGUNO |

YEFER HERNAN ROBLES AVILA
COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

| | | |
|---|---|---|
| Uptc® Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia | UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA<br><br>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC<br>ORDENANZA 030 DE 2005 | ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD<br>MULTICAMPUS<br>RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Número Estampilla | 7400139 | | | |
| Contratista: | SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S | | | |
| C.C. / Nit / Identificación Contratista: | 8001195740 | | | |
| Objeto del Contrato | Prestación de Servicios de Oftalmología para los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial (SMA) que sean remitidos por los médicos asesores del SENA Regional Boyacá en las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. | | | |
| Contratante: | SENA | C.C. / Nit / Identificación | 8999990341 | |
|  | Numero de Contrato: | 3759657 | Vigencia: | 2023 |
| | Base Gravable | $1180640 | Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato | $ 12,000.00 |
| | Fecha de Pago: | 29/09/2023 | | |