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

Factura Electrónica de venta
**No. AMI 1796**

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

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 05/12/2023, 13:01 |
| **Expedición** | 05/12/2023, 13:01 |
| **Vencimiento** | 04/01/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | EXAMEN MEDICO PERIODICO OSTEOMUSCULAR | 17.00 | 45,000.00 | 765,000.00 |
| 2 | EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE INGRESO | 7.00 | 45,000.00 | 315,000.00 |
| 3 | EXAMEN DE EGRESO | 5.00 | 43,000.00 | 215,000.00 |
| 4 | AUDIOMETRÍA | 1.00 | 23,000.00 | 23,000.00 |
| 5 | ESPIROMETRIA | 1.00 | 28,000.00 | 28,000.00 |
| 6 | OPTOMETRÍA | 24.00 | 29,000.00 | 696,000.00 |
| 7 | PERFIL LIPIDICO | 15.00 | 55,000.00 | 825,000.00 |
| 8 | EXAMEN PSICOSOCIAL | 14.00 | 43,000.00 | 602,000.00 |

**Total items:** 8

**Valor en Letras:**
Tres millones cuatrocientos sesenta y nueve mil pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Pago a Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-01-04 por $ 3,469,000.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 3,469,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | **3,469,000.00** |

**Observaciones:**
#$41-06-00-044;44002612023;Iniris.Guerra@icbf.gov.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764051779935 aprobado en 20230712 prefijo AMI desde el número 1636 al 5000 Vigencia: 18 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8710 Actividades de atención residencial medicalizada de tipo general Tarifa 5x1000
**CUFE:** 064fa6c6bfff1527595cd4cc47d64ea9d64bd51b89d5c5c63d75fe73fb69981c61a42917d51323dec72399455f44c885

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** 064fa6c6bfff1527595cd4cc47d64ea9d64bd51b89d5c5c63d75fe73fb69981c61a42917d51323dec72399455f44c885

**Número de Factura:** AMI-1796
**Fecha de Emisión:** 05/12/2023
**Fecha de Vencimiento:** 04/01/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Acuerdo mutuo
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.
**Nombre Comercial:** ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.
**Nit del Emisor:** 900817924
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** 01 - IVA
**Actividad Económica:**

**País:** Colombia
**Departamento:** La Guajira
**Municipio / Ciudad:** Riohacha
**Dirección:** CALLE 14B # 12A - 71
**Teléfono / Móvil:** 035|7275018|
**Correo:** cpenalverbrito@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** ICBF / INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF REGIONAL GUAJIRA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 899999239
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:**
**Municipio / Ciudad:** Riohacha
**Dirección:** Calle 15 Cra 15 4 vías
**Teléfono / Móvil:** 0314377630
**Correo:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 001 | EXAMEN MEDICO PERIODICO OSTEOMUSCULAR | 94 | 17,00 | $ 45.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 765.000,00 |
| 2 | D35 | EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE INGRESO | 94 | 7,00 | $ 45.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 315.000,00 |
| 3 | S369 | EXAMEN DE EGRESO | 94 | 5,00 | $ 43.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 215.000,00 |
| 4 | 007 | AUDIOMETRÍA | 94 | 1,00 | $ 23.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 23.000,00 |
| 5 | 008 | ESPIROMETRIA | 94 | 1,00 | $ 28.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 28.000,00 |
| 6 | 010 | OPTOMETRÍA | 94 | 24,00 | $ 29.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 696.000,00 |
| 7 | T0099 | PERFIL LIPIDICO | 94 | 15,00 | $ 55.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 825.000,00 |
| 8 | S395 | EXAMEN PSICOSOCIAL | 94 | 14,00 | $ 43.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 602.000,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

## Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

## Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|
| Aviso de Recibo | | |

## Notas Finales

#$41-06-00-044;44002612023;Iniris.Guerra@icbf.gov.co#$

## Datos Totales



**Documento validado por la DIAN 2023-12-05 13:01:40**
**Documento generado el: 2023-12-05 13:01:38**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

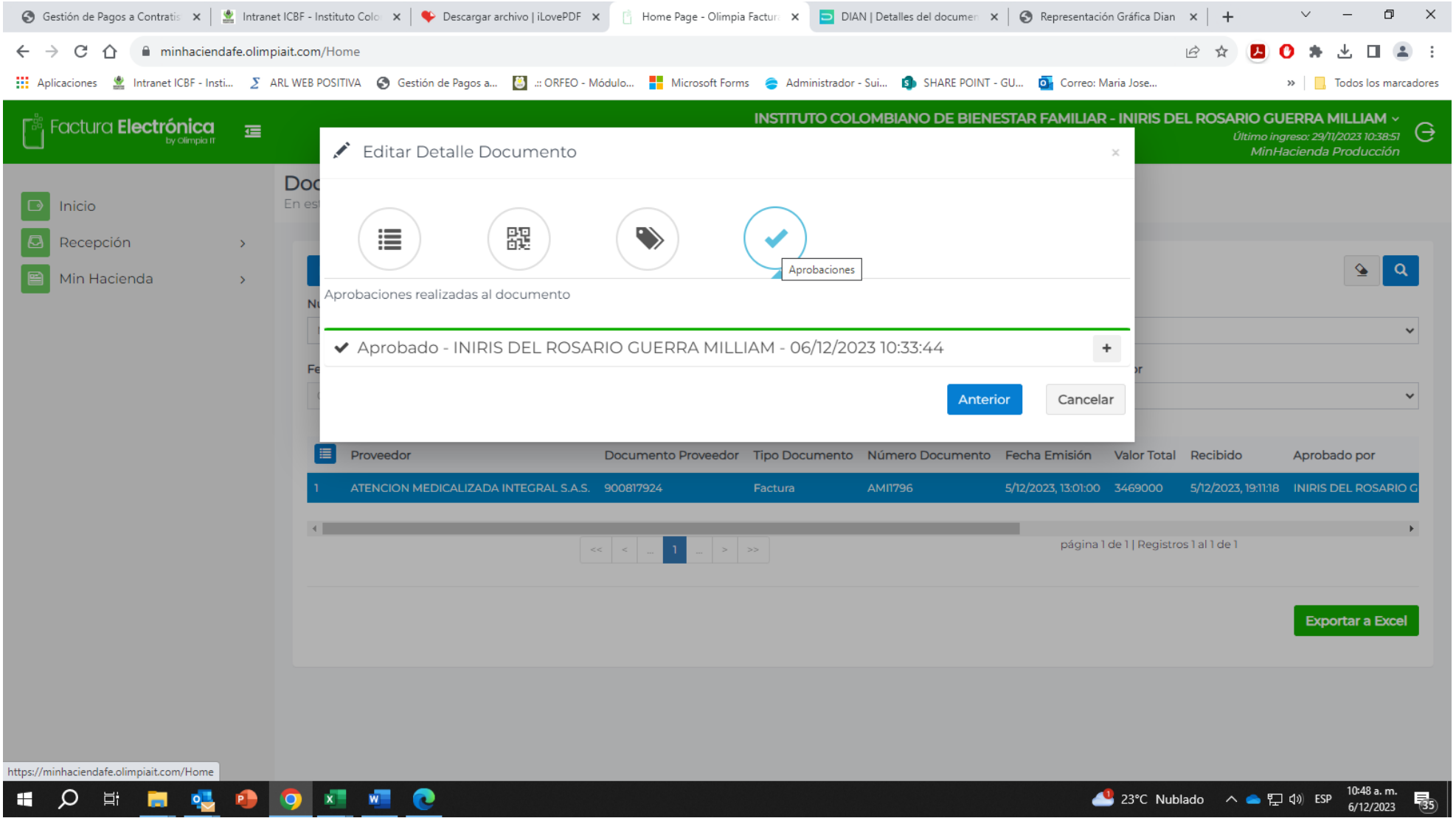
| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 3.469.000,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 3.469.000,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 3.469.000,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 3.469.000,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** |
|---|
| Anticipos |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764051779935 Rango desde: 1636 Rango hasta: 5000 Vigencia: 2025-01-12


Gestión de Pagos a Contratis
Intranet ICBF - Instituto Colo
Descargar archivo | iLovePDF
Home Page - Olimpia Factur
DIAN | Detalles del documen
Representación Gráfica Dian
minhaciendafe.olimpiait.com/Home
Aplicaciones
Intranet ICBF - Insti...
ARL WEB POSITIVA
Gestión de Pagos a...
.:: ORFEO - Módulo...
Microsoft Forms
Administrador - Sui...
SHARE POINT - GU...
Correo: Maria Jose...
Todos los marcadores
Factura Electrónica
by Olimpia IT
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - INIRIS DEL ROSARIO GUERRA MILLIAM
Último ingreso: 29/11/2023 10:38:51
MinHacienda Producción
Inicio
Recepción
Min Hacienda
Editar Detalle Documento
Aprobaciones
Aprobaciones realizadas al documento
Aprobado - INIRIS DEL ROSARIO GUERRA MILLIAM - 06/12/2023 10:33:44
Anterior
Cancelar
Proveedor
Documento Proveedor
Tipo Documento
Número Documento
Fecha Emisión
Valor Total
Recibido
Aprobado por
1
ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.
900817924
Factura
AMI1796
5/12/2023, 13:01:00
3469000
5/12/2023, 19:11:18
INIRIS DEL ROSARIO G
página 1 de 1 | Registros 1 al 1 de 1
Exportar a Excel
https://minhaciendafe.olimpiait.com/Home
23°C Nublado
ESP
10:48 a. m.
6/12/2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14943156631

(415)7707212489984(8020) 000001494315663 1

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

## IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
ATENCIÓN MEDICALIZADA INTEGRAL S.A.S.

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 14 B 12 A 71

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

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 5 7 4 8 2 5 9 5 | 3 0 1 2 0 4 0 3 3 8 |

## 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 |
| 6 5 2 2 | 1 9 9 1 0 2 1 4 | 8 7 1 0 | 1 9 9 1 0 2 1 4 | | 8 6 2 1 | 8 8 9 9 | | 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 | 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
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 - 09 - 01 / 10 : 16: 33

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 PEÑALVER BRITO CILIA
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: 14943156631

(415)7707212489984(8020) **000001494315663 1**

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

## Características y formas de las organizaciones

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

**Vigencia**

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

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14943156631

(415)7707212489984(8020) **000001494315663 1**

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

**Representación**

**1**

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

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

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

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

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 5 0 2 0 6 |

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

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

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

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14943156631

(415)7707212489984(8020) **000001494315663 1**

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

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

**1**

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

162. Nombre del establecimiento: ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS AMISAS

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

165. Dirección: CL 14 B 12 A 71

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**ATENCION MEDIALIZADA INTEGRAL SAS**
**NIT 9008179242**

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

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

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

Dada en Riohacha, a los (06) seis días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,



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

**LA SUSCRITA COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y SUPERVISORA DEL CONTRATO POR ACEPTACION DE OFERTA No. 44002612023 DEL 23 DE MAYO DE 2023, SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL GUAJIRA Y ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SAS.**

**CERTIFICA:**

Que la empresa **ATENCION MEDECALIZADAD INTEGRAL SAS,** identificada con NIT No. 900.817924-2,cumplió a satisfacción con sus obligaciones adquiridas mediante el CONTRATO POR ACEPTACION DE OFERTA No. 44002612023 DEL 23 DE MAYO DE 2023, que tiene por objeto: PRESTACION DE SERVICIO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESOS, EGRESOS, POST INCAPACIDAD Y PERIODICOS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y/O PSICOSOCIAL, EXAMANES COMPLEMENTARIOS DE OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, SEGÚN SE REQUIERA PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS DE LA REGIONAL GUAJIRA ejecutados en la ciudad de Riohacha durante el periodo comprendido 30 de septiembre del 2023 al 30 de noviembre del 2023

Para mayor constancia se firma en Riohacha, Capital del Departamento de la Guajira a los siete (7) días del mes de diciembre de 2023

**Ihiris Del Rosario Guerra Milliam**
Coordinadora Administrativa

PÚBLICA

Yo, **Iniris Del Rosario Guerra Milliam**

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

**1. DATOS GENERALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA | ATENCION MEDICALIZADA INTEGRAL SA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900817924-2 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 44002612023 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 23 (día) | mayo (mes) | 2023 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 30 (día) mayo (mes) 2023 (año) | HASTA | 31 (día) diciembre (mes) 2023 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 7 (día) diciembre (mes) 2023 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 2 DE 3 |
| VALOR A PAGAR | $ 3.469.000,00 | EN LETRAS | Tres millones cuatrocientos sesenta y nueve mil pesos m/cte |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 30 (día) septiembre (mes) 2023 (año) | HASTA | 30 (día) noviembre (mes) 2023 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - DOCUMENTOS DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS - FORTALECIMIENTO | 118123 | 27 | C-4199-1500-8-0-4199053-02 | 192 | 02-02-02-009-003-01 | $ 3.469.000,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

**2.2 INFORMACION BANCARIA**

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

**3. OBSERVACIONES**

**4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ 3.469.000,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 3.469.000,00 |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 3.469.000,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Iniris Del Rosario Guerra Milliam | COORDINADORA ADMINISTRATIVO | GUAJIRA | GRUPO ADMINISTRATIVO | Iniris Guerra Milliam |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| | | | | |

**FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL**

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| Iniris Del Rosario Guerra Milliam | GRUPO ADMINISTRATIVO | Iniris Guerra Milliam | 11/12/2023 |

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS**

**RECEPCIÓN DOCUMENTOS**

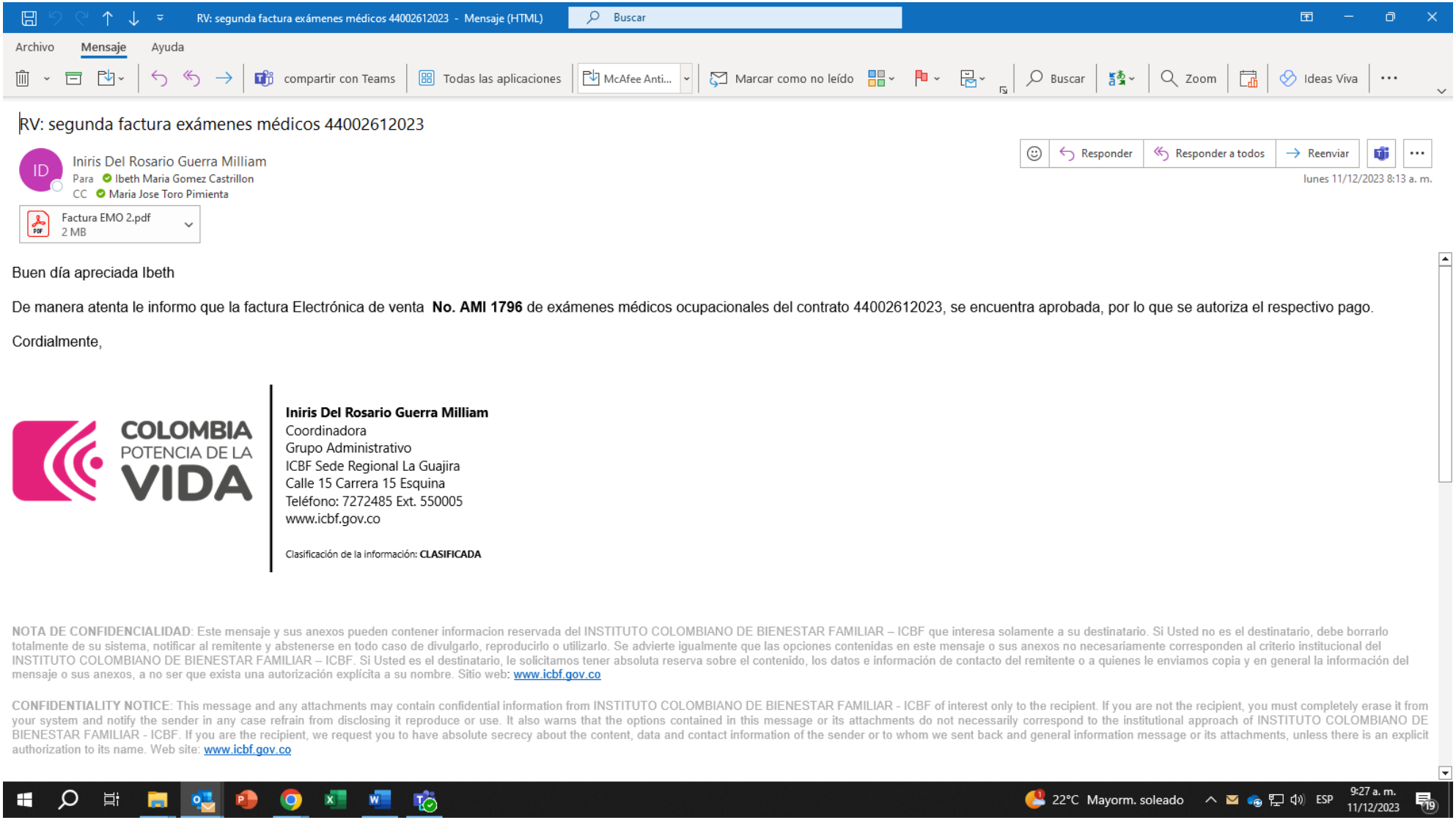
| NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

**DEVOLUCIONES**

| NOMBRE QUIÉN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

**RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN**

| NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |


RV: segunda factura exámenes médicos 44002612023 - Mensaje (HTML)
Buscar
Archivo
Mensaje
Ayuda
compartir con Teams
Todas las aplicaciones
McAfee Anti...
Marcar como no leído
Buscar
Zoom
Ideas Viva
RV: segunda factura exámenes médicos 44002612023
ID
Iniris Del Rosario Guerra Milliam
Para Ibeth Maria Gomez Castrillon
CC Maria Jose Toro Pimienta
Factura EMO 2.pdf
2 MB
Responder
Responder a todos
Reenviar
lunes 11/12/2023 8:13 a. m.
Buen día apreciada Ibeth
De manera atenta le informo que la factura Electrónica de venta No. AMI 1796 de exámenes médicos ocupacionales del contrato 44002612023, se encuentra aprobada, por lo que se autoriza el respectivo pago.
Cordialmente,
COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA
Iniris Del Rosario Guerra Milliam
Coordinadora
Grupo Administrativo
ICBF Sede Regional La Guajira
Calle 15 Carrera 15 Esquina
Teléfono: 7272485 Ext. 550005
www.icbf.gov.co
Clasificación de la información: CLASIFICADA
NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co
CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co
22°C Mayorm. soleado
ESP
9:27 a. m.
11/12/2023