COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN

EJÉRCITO NACIONAL

Radicado No. 0 00 01164 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-COPER-DISAN-DMMED-SUDA-CONT-17.2

Medellín - Antioquia, 02 de abril de 2024

Señor Sargento Viceprimero
CARDONA ARBOLEDA HECTOR ALBEIRO
Jefe de Presupuesto DMMED
Medellín - Antioquia
Carrera 77c N° 51 - 136

Sv. Vele. Cardona 02-Abril-2024

Asunto: Solicitud Expedición de Certificado Registro Presupuestal

Con toda atención se solicita al señor Sargento Viceprimero Jefe de Presupuesto DMMED, autorice a quien corresponda la expedición del CRP según se relaciona en el siguiente cuadro así:

No	DESCRIPCIÓN RUBRO	No. RUBRO	ENTIDAD	N° CDP	VALOR	CONTRATO
1	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	A-02-02-02-009-003 RECURSO 16 SSF	UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S. con NIT 900421854-4	32324	$ 40.000.000	316-DMMED-BR15-2024

Atentamente;

Mayor. **CRISTHIAN ANDRÉS JIMÉNEZ CHAVES**
Ordenador del Gasto- Subdirector Administrativo y Financiero del DMMED

Elaboró: **SV.DAVID SANCHEZ**
Suboficial de Contratos Bienes y Servicios DMMED

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.077.448.516
RAMIREZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
JENNY JERFAIRA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1991
CONDOTO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-MAY-2009 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1700100-00332817-F-1077448516-20110911 0028009817A 1 1831497537

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"

NIT 860.035.827-5

CRA 13 No 27 – 47 P-24 BOGOTA D C

CERTIFICA:

Que **UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA SAS,** identificado con el documento No **900.421.854**, posee en la oficina QUIBDO (530), una cuenta ahorro No. **530093046** desde el 25 de mayo de 2011.

Se expide la presente a solicitud del interesado, a los 16 días del mes de febrero de 2024.

Atentamente,

Gerente Oficina Quibdó 530

VISADO OFICINA 530-QUIBDO Banco AV Villas

Esta certificación tiene un costo de $13. 450.oo, el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14961680454

(415)7707212489984(8020) 000001496168045 4

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

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
UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CR 4 27 34 BRR CRISTO REY

42. Correo electrónico ussmonica@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 1 2 9 6 6	3 1 2 2 6 9 4 8 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1	2 0 1 1 0 2 1 8	8 6 2 1	2 0 1 1 0 2 1 6	4 7 1 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	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

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3	
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 - 11 - 09 / 11 : 39: 32

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

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

984. Nombre RAMIREZ RODRIGUEZ JENNY JERFAIRA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14961680454

(415)7707212489984(8020) 000001496168045 4

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

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14961680454

(415)7707212489984(8020) 000001496168045 4

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

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	1 0 7 7 4 4 8 5 1 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RAMIREZ	RODRIGUEZ	JENNY	JERFAIRA

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14961680454

(415)7707212489984(8020) 000001496168045 4

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

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: UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1	

165. Dirección: CR 4 27 34

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

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

SIIF Nación

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHhacardon	HECTOR ALBEIRO CARDONA ARBOLEDA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-084	DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN
Fecha y Hora Sistema:	4/04/2024 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 32324 de fecha 2024-01-25. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	37724	**Fecha Registro:**	2024-04-04	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-11-084 DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	40.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	40.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	40.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900421854	**Razón Social:**	UNIDAD DE SALUD SANTA MONICA S.A.S.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	530093046	**Banco:**	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	13871616	**Nombre:**	CRISTHIAN ANDRES JIMENEZ CHAVEZ	**Cargo:**	ORDENADOR DEL GASTO SUE 084

CAJA MENOR			**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**	**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	316-ESM BAS 15-2024	**Tipo:**	ACEPTACION DE OFERTAS	**Fecha:**	2024-04-04

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
15-01-11-084 DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF		40.000.000,00	0,00		
					Total:	40.000.000,00	0,00	40.000.000,00	40.000.000,00

Objeto:	ESM BAS 15- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y PROCEDIMIENTOS AFINES PARA LOS AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FF.MM. EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ CHOCÓ, PARA LAS UNIDADES CENTRALIZADAS LA REGIONAL 7 DE SANIDAD, VIGENCIA 2024.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
15-01-11-084	DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-12-31	40.000.000,00	40.000.000,00	NINGUNO

SV Hector Cardona Arboleda

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)