ACTA DE INICIO	
CONTRATO No.	**CD 0120-2024**
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE ABRIL DE 2024
CONTRATISTA:	ESTACIÓN DE GASOLINA LA IMAGEN - NIT. 901600568-4 RL. MERY CHAVES GALVIS C.C. No. 33.515.967 de Cubará (Boyacá).
OBJETO:	SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA LOS VEHÍCULOS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL IPS SAMORE Y GIBRALTAR.
FECHA DE INICIO:	PRIMERO (01) DE ABRIL DE 2024
FECHA DE TERMINACION:	TREINTA Y UNO (31) DE MAYO DE 2024
VALOR DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($12.000.000)
SUPERVISOR:	SUBGERENTE O QUIEN HAGA SUS VECES
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	Quien designe el supervisor.

En Chinácota (N de S.), al primer (01) día del mes de abril de 2024, en las instalaciones de la gerencia de la E.S.E. HRSO se reunieron las siguientes personas: en calidad de contratante **KATHERINE CALABRO GALVIS,** Gerente de la E.S.E. HRSO, en calidad de contratista la señora **MERYCHAVES GALVIS,** identificada con cédula de ciudadanía No. 33.515.967 de Cubará (Boyacá) y **FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA,** como supervisor con el fin de iniciar con la ejecución del contrato **CD No. 0120-2024.**

EL CONTRATANTE,

KATHERINE CALABRO GALVIS
Gerente ESE HRSO

EL CONTRATISTA,

MERY CHAVES GALVIS
C.C. No. 33.515.967 de Cubará (Boyacá).
RL. ESTACIÓN DE GASOLINA LA IMAGEN

FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA
Supervisor

Elaboró: CAROLINA MENDOZA FERRER	Auxiliar de Contratación
Revisó: JOHN ROBINSSON IBAÑEZ NAVARRO	Asesor Jurídico Externo
Aprobó: KATHERINE CALABRO GALVIS	Gerente

Franklyn Omar Cañas M.
SUB-GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL
NIT : 807008827-8

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 00 000300

FECHA : abr-01/2024
A FAVOR DE : ESTACION DE SERVICIO LA IMAGEN S.A.S. NIT: 901600568
COMPROMISO : SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA LOS VEHICULOS OFICIALES DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL IPS SAMORE Y GIBRALTAR
DISPONIBILIDAD : 00 000297 -- mar-19/2024
DEPENDENCIA : GERENCIA
Nº. CONTRATO : MC 0120-2024

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS:

RUBROS	DESCRIPCIÓN	DISPONIBILIDAD	VALOR
02A -2.4.5.01.03.01	Combustibles y Lubricantes	000297 - mar-19/2024	3,888,739.00
03A -2.1.2.02.01.003.01	Combustibles	000297 - mar-19/2024	1,913,395.00
04A -2.1.2.02.01.003.01	Combustibles	000297 - mar-19/2024	6,197,866.00
		TOTALES	**12,000,000.00**

VIGENCIA : 2024
VALOR : DOCE MILLONES PESOS.

JESSICA JOHANNA MURILLO PEÑA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Franklyn Omar Cano M.
SUR O

EL SUB-GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

HACE CONSTAR

Qué el contratista ESTACION DE GASOLINA LA IMAGEN - NIT 901600568-4 RL. MERY CHAVES GALVIS C.C. 33.515.967 DE CUBARA (Boyacá), cumplió con el objeto del contrato CD 0120-2024 SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA LOS VEHÍCULOS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL IPS SAMORE Y GIBRALTAR, según acta de inicio de fecha primero (01) de abril de 2024

La presente certificación se expide en Chinácota Norte de Santander a los diez (10) días del mes de julio de 2024, para efectos de pago de la cuenta del mes de mayo de 2024.

FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA
Subgerente

Elaboro: Angela P.

Franklyn Omar Cañas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

INFORME DE SUPERVISIÓN

NUMERO DE CONTRATO	CD 0120-2024
CONTRATISTA	ESTACION DE GASOLINA LA IMAGEN - NIT 901600568-4 RL. MERY CHAVES GALVIS C.C. 33.515.967 DE CUBARA (Boyacá),
OBJETO	SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA LOS VEHÍCULOS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL IPS SAMORE Y GIBRALTAR.
CONTRATANTE	ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

Con base en la Factura Electrónica de Venta **EDS16078** de fecha diecinueve (19) de junio de 2024 valor en letras de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON 30/100 CENTAVOS ($ 5.279.748.30), objeto del contrato SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA LOS VEHÍCULOS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL IPS SAMORE Y GIBRALTAR, como parte de la constancia para acceder a recursos financieros aportados por parte de la ESE Hospital Regional Sur Oriental.,

De acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato, la factura electrónica presentada por el proveedor según ejecución de actividades y revisadas por el supervisor del contrato.

CERTIFICO

Que, según las actividades entregadas por el contratista ESTACION DE GASOLINA LA IMAGEN -NIT 901600568-4 RL. MERY CHAVES GALVIS C.C. 33.515.967 DE CUBARA (Boyacá), y relacionadas con el informe de ejecución del contrato, el proveedor ESTACION DE GASOLINA LA IMAGEN - NIT 5.527.623-1 RL. LUIS FRANCISCO GARCIA VELANDIA C.C. 5.527.623 DE TOLEDO (N DE S), cumplió con el objeto del contrato, SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA LOS VEHÍCULOS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL IPS SAMORE Y GIBRALTAR.

Se anexa: factura electrónica de venta **EDS16078** de fecha diecinueve (19) de junio de 2024, planilla de seguridad social No. 9468347319 mes de mayo de 2024, copia del Rut, copia tarjeta del contador, certificación pago aportes a la seguridad social y baucher de tanqueos.

Se expide en Chinácota a los diez (10) días del mes de julio de 2024

Franklyn Omar Cañas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

FRANKLYN OMAR CAÑAS MENDOZA
Subgerente

Elaboro: Angela P.

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EDSI6078

ESTACIÓN DE SERVICIOS LA IMAGEN S.A.S.

NIT 901600568-4
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: Impuesto sobre las ventas – IVA
Actividades económicas: 4731
Municipio: Toledo (Norte de Santander)
Dirección: BR SAN NICOLAS - SAMORE
Correo: edslaimagenfacturacion@hotmail.co
Teléfono: 3202650656

CUFE: 1e82bc9313af613961d691c07b68b1540a6e1f3fc7d6a2376074bbcdeb61821bfef8458de0023f98b973652a9a38a599

Fecha de emisión 2024-06-19	**Fecha y hora de autorización** 2024-06-19 11:29:13	**Prefijo** EDSI	**Tipo de operación** Estandar
Fecha de vencimiento 2024-06-19	**Medio de pago** Consignación bancaria	**Forma de Pago** Contado	
Orden de referencia -			

Adquiriente

Nombres y apellidos: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL

Número de documento NIT - 807008827-8	**Tipo de persona** Persona Jurídica	**Régimen fiscal** No responsable de IVA	**Tipo de responsabilidad** R-99-PN (No aplica – Otros)
Departamento Norte de Santander	**Municipio** Chinácota	**Dirección** CR 3 CL 10 ESQ BRR EL DIQUE	**Teléfono** 5864120
Correo suroriental@gmail.com			

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	P1653-1 GASOLINA CORRIENTE SUBSIDIADA	GASOLINA CORRIENTE SUBSIDIADA	185,10	UNIDAD	$14.433,00	0%	0%		$2.671.548,30
2	P1653 GASOLINA CORRIENTE NACIONAL	GASOLINA CORRIENTE NACIONAL	157,50	UNIDAD	$16.560,00	0%	0%		$2.608.200,00

Total Items: 2

Observaciones
OWN-398/OES-101

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$5.279.748,30**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$5.279.748,30**
Subtotal más impuestos	=	**$5.279.748,30**
Total deducciones	=	**$0,00**
Total a pagar	=	**$5.279.748,30**

Número de autorización: 18764072782899
Rango Autorizado: desde EDSI 6001 hasta EDSI 8000
Expedida: 2024-06-12 **Vigencia:** 24 meses **Vencimiento:** 2026-06-12
Firma Digital:

bTnuPB0Axa/4GQflhPzm+o3bX+7DW47D4oz/GRMj/rvLzp98b0MxHmC8wcAkGvKhrIZhQM5uCnzNKTXpeyKd7G1v1/el822gMkvxcfwUqM0X40xOIGfYbnCQWXsjKAhUoy3mDSC7t7zas5dyyleCp4s2nJKVWwVDa6jkhxrEQ5bnEw5mcWSB+CBA0a7Z9jbls2eckUDHnpDj0v6vVuM/vITUuBRCPcrkiJyVAPZ+okTkuURkSOcCG/MYTlgf9v1WRrGELn3cL8cuGBv8JnY34vnX7GIb+TjSZPU09UtRmjYEF1e20C8e9p6di7dMsNyifqGrVMsCnEJ32NYZDv+Q==

Franklyn Omar Cañas M
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL

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 901600568	4	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	SECTOR SAN NICOLAS CRR SAMORE	TOLEDO-NORTE DE SANTANDER	3202650656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	687709358	9468347319	E	2024/06/19	2024/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,174,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS (6 Afiliados)						$7,800,000	$1,248,000			$7,800,000	$975,000			$7,800,000	$312,000			$7,800,000		$249,000		$7,800,000	$390,000		$3,174,000
Centro de Trabajo: POSITIVA III (5 Afiliados)						$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$812,500			$6,500,000	$260,000			$6,500,000		$158,500		$6,500,000	$325,000		$2,596,000
Ciudad: TOLEDO Depto: NORTE DE SANTANDER (5 Afiliados)						$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$812,500			$6,500,000	$260,000			$6,500,000		$158,500		$6,500,000	$325,000		$2,596,000
1	CC	1049395938	CACERES VEGA JELBER FERLEY	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
2	CC	33515967	CHAVES GALVIS MERY	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
3	CC	1090226770	CORREA RAMIREZ JOHANA JUDITH	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
4	CC	1094247075	GARCIA CHAVEZ HENRY FAVIAN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
5	CC	1007003347	PARRA LIZARAZO JOSUE SANTIAGO X	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
Centro de Trabajo: POSITIVA V (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$90,500		$1,300,000	$65,000		$578,000
Ciudad: TOLEDO Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$90,500		$1,300,000	$65,000		$578,000
6	CC	88002619	MENDEZ VELANDIA FEDERICO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$1,300,000	$65,000	No	$578,000
Total		**Afiliados(6)**				$7,800,000	$1,248,000			$7,800,000	$975,000			$7,800,000	$312,000			$7,800,000		$249,000		$7,800,000	$390,000		$3,174,000

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/06/06 12:24 PM

Franklyn Omar Canas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL ORIENTAL

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 901600568	4	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	SECTOR SAN NICOLAS CRR SAMORE	TOLEDO-NORTE DE SANTANDER	3202650656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	687709358	9468347319	E	2024/06/19	2024/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,174,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,248,000	$0	$0	$1,248,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$0	$0	$416,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$832,000	$0	$0	$832,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$249,000	$0	$0	$249,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$249,000	$0	$0	$249,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$312,000	$0	$0	$312,000
COMFAORIENTE	CCF36	890,500,675	6	6	$312,000	$0	$0	$312,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$975,000	$0	$0	$975,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$325,000	$0	$0	$325,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$325,000	$0	$0	$325,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$234,000	$0	$0	$234,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	6	$234,000	$0	$0	$234,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$156,000	$0	$0	$156,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	6	$156,000	$0	$0	$156,000
TOTAL				6	$3,174,000	$0	$0	$3,174,000

2024/06/06 12:24 PM

Franklin Omar Cano
SUBGERENTE

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 901600568	4	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	SECTOR SAN NICOLAS CRR SAMORE	TOLEDO-NORTE DE SANTANDER	3202650656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	687709358	9468347319	E	2024/06/19	2024/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,174,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS (6 Afiliados)																								$7,800,000	$1,248,000			$7,800,000	$975,000			$7,800,000	$312,000			$7,800,000		$249,000		$7,800,000	$390,000		$3,174,000
Centro de Trabajo: POSITIVA III (5 Afiliados)																								$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$812,500			$6,500,000	$260,000			$6,500,000		$158,500		$6,500,000	$325,000		$2,596,000
Ciudad: TOLEDO Depto: NORTE DE SANTANDER (5 Afiliados)																								$6,500,000	$1,040,000			$6,500,000	$812,500			$6,500,000	$260,000			$6,500,000		$158,500		$6,500,000	$325,000		$2,596,000
1	CC	1049395938	CACERES VEGA JELBER FERLEY																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
2	CC	33513967	CHAVES GALVIS MERY																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
3	CC	1090226770	CORREA RAMIREZ JOHANA JUDITH																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
4	CC	1094247075	GARCIA CHAVEZ HENRY FAVIAN																			25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
5	CC	1007003347	PARRA LIZARAZO JOSUE SANTIAGO	X																		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$1,300,000	$65,000	No	$519,200
Centro de Trabajo: POSITIVA V (1 Afiliados)																								$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$90,500		$1,300,000	$65,000		$578,000
Ciudad: TOLEDO Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)																								$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$52,000			$1,300,000		$90,500		$1,300,000	$65,000		$578,000
6	CC	88002619	MENDEZ VELANDIA FEDERICO																			25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF36	30	$1,300,000	$52,000	14-23	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$1,300,000	$65,000	No	$578,000
Total			**Afiliados(6)**																					$7,800,000	$1,248,000			$7,800,000	$975,000			$7,800,000	$312,000			$7,800,000		$249,000		$7,800,000	$390,000		$3,174,000

A PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/06/06 12:24 PM

Franklyn Omar Canas M.
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO

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 901600568	4	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ESTACION DE SERVICIOS LA IMAGEN SAS	SECTOR SAN NICOLAS CRR SAMORE	TOLEDO-NORTE DE SANTANDER	3202650656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	687709358	9468347319	E	2024/06/19	2024/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,174,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,248,000	$0	$0	$1,248,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$0	$0	$416,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$832,000	$0	$0	$832,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$249,000	$0	$0	$249,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$249,000	$0	$0	$249,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$312,000	$0	$0	$312,000
COMFAORIENTE	CCF36	890,500,675	6	6	$312,000	$0	$0	$312,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$975,000	$0	$0	$975,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$162,500	$0	$0	$162,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$325,000	$0	$0	$325,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$325,000	$0	$0	$325,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$234,000	$0	$0	$234,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	6	$234,000	$0	$0	$234,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$156,000	$0	$0	$156,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	6	$156,000	$0	$0	$156,000
TOTAL				6	$3,174,000	$0	$0	$3,174,000

Franklyn Omar Cano [illegible]
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR ORIENTAL

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/06/06 12:24 PM

ESTACIÓN DE SERVICIOS LA IMAGEN S.A.S

NIT. 901.600.568-4

REMISION

Samore 19 de Junio de 2024

Adjunto facturación del mes de Mayo de 2024 con número de factura de venta EDSI 6078

La cual da un total de:

($5.279.748) CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

Cordialmente.

Atentamente

MERY CHAVES GALVIS
CC. 33.515.967 CUBARA - BOYACA

Franklyn Omar Cañas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR DE BOYACA

CORREGIMIENTO SAMORE, Barrio San Nicolás Cel. 3123520931-3202650656.
Correo. edslaimagen@hotmail.com

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA DIA 28 MES 05 AÑO 24 REMISIÓN 1292

Sr Horental Gibraltar.

Señor: Hospital regional Placa: OES-101

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	20	16560	331.200
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	331.200

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

Aurelio Pazza
CC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA DIA MES AÑO REMISIÓN 1293

Sr Horental Samore.

Señor: Hospital regional Placa: OWN-39

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	14,6	16560	241.776
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	241.776

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1115729358
Luis Ramon S.
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cañas M
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL S.J.R. SAMORÉ

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA DIA 26 MES 05 AÑO 24 REMISIÓN 1290

Señor: Hospital Regional Gibraltar Placa: OES-101

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	10	16560	165.600
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	165.600

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PARRA
CC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA DIA 27 MES 05 AÑO 24 REMISIÓN 1291

Señor: Hospital Regional Sr Horenial CHINACOTA Placa: OWE-97

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	14	16560	231.840
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	231.840

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

CESAR J
88000 4145
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cuevas M
SUBGERENTE

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DÍA: 24 | MES: 05 | AÑO: 24 | REMISIÓN: 1287

Señor: E.S.E. Hospital Regional IPS SAMORE | Placa: OWN368

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	18.1	16560	299 736
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	299.736

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1115 729358
Luis Ramón Silva
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DÍA: 25 | MES: 05 | AÑO: 24 | REMISIÓN: 1289

Señor: Hospital Samore | Placa: OWN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	19.0	16560	314.640
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	314.640

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

Luis Ramón Silva
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cuevas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL IPS SAMORE

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DIA	MES	AÑO
	20	05	24

REMISIÓN 1284

Señor: Hospital Regional Gibraltar Placa: OES-101

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	13.5	16560	223.560
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	223.560

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PARRA
CC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DIA	MES	AÑO
	23	05	24

REMISIÓN 1286

Señor: Hospital Regional Sur Oriental Gibraltar Placa: OES-101

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	20	16560	331.200
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	331.200

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PARRA
CC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cañas M
SUBTENIENTE

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DIA	MES	AÑO
	17	05	24

REMISIÓN 1282

Señor: Suroriental IPS Samore Placa: OWN.398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	17.5	16560	289 900
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	289.900

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1115729358
LUIS RAMOS S
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DIA	MES	AÑO
	19	05	24

REMISIÓN 1283

Señor: ESE Regional Suroriental IPS Samore Placa: OWN 398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	10.8	16560	178.848
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	178.848

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1115729358
LUIS RAMOS SILVA
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cortes
SUB GERENTE

ESTACION DE GASOLINA
LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DIA: 14 | MES: 05 | AÑO: 24 | **REMISIÓN** 1280

Señor: E.S.E Regional IPS Samore Placa: OWR 398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	21,2	14433	305.979
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	305.979

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

Luis Ramos Silva
RECIBI 1115729358

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cañas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAMORE

ESTACION DE GASOLINA
LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DIA: 15 | MES: 05 | AÑO: 24 | **REMISIÓN** 1281

Hospital Samore

Señor: Hospital regional Sr Placa: OWN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	12,6	14433	181 855
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	181 855

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1115729358

Luis Ramos Silva
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA DIA 12 MES 05 AÑO 24 **REMISIÓN** 1277

Sr Horenio Gibraltar

Señor: HOSPITAL REGIONAL Placa: OES 101

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	19,2	14453	277.113
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	277 113

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PARRA
CC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA DIA 13 MES 05 AÑO 24 **REMISIÓN** 1278

Sr Horenio Gibraltar

Señor: HOSPITAL REGIONAL Placa: OES-101

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	11,9	14453	171 752,
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	171 752

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PARRA
CC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cadena M.
SUBGERENTE

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DIA: 10 | MES: 05 | AÑO: 24 | **REMISIÓN** 1275

Señor: Hospital Regional Sur Oriental Gibraltar Placa: OES-709

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	21	14433	303 093
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	303.093

VALIDO ÚNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PANNA
LC 9465801
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DIA: 11 | MES: 05 | AÑO: 24 | **REMISIÓN** 1276

Señor: Hospital Sur Oriental Samore Placa: OWN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	17,1	14433	246 904
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	246 904

VALIDO ÚNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1115729358
LUIS RAMOS SILVA
RECIBI

AUTORIZADO

SUB GERENTE

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DIA: 08 | MES: 05 | AÑO: 24 | REMISIÓN: 1273

Horenial Samore

Señor: Hospital regional Sr | Placa: OWN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	16,1	14433	232.371
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	232 371

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PARRA
cc 9465809
RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA | DIA: 09 | MES: 05 | AÑO: 24 | REMISIÓN: 1274

Horenial CHINACOTA

Señor: Hospital regional Sr | Placa: OGS-060

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	19,8	14433	285 773
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	285 773

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

1348927
José Cañas
RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cañas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAMORÉ

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DÍA	MES	AÑO
	05	05	24

REMISIÓN 1271

Señor: Hospital Sur Oriental Samore. Placa: OWN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	7.5	14433	108.247
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	108.247

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PATIRA
CC 9465801

RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Omar Cuevas M
SUB GERENTE

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DÍA	MES	AÑO
	06	05	24

REMISIÓN 1272

Señor: Hospital Regional Saimoré Placa: OWN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	17.	14433	245.361
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	245.361

VALIDO UNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PATIRA
CC 9465801

RECIBI

AUTORIZADO

ESTACION DE GASOLINA

LA IMAGEN

Luis Francisco García Velandia

NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común

Cel. 313 228 8309

B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DIA	MES	AÑO
	03	05	24

REMISIÓN 1269

Señor: Hospital Sur Oriental Girardot Fisioterapia Placa: PLANTA

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	6.5	14433	93814
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
		TOTAL $	93 814

VALIDO ÚNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

AURELIO PANTRA
CC 94658 01

RECIBI

AUTORIZADO

Franklyn Ramon Cuevas M
SUBGERENTE

ESTACION DE GASOLINA
LA IMAGEN
Luis Francisco García Velandia
NIT. 5.527.623 - 1 Régimen Común
Cel. 313 228 8309
B/San Nicolás - Samoré Norte de Santander

FECHA	DIA	MES	AÑO
	04	05	24

REMISIÓN 1270

Señor: Hospital Sur Oriental Girardot Fisioterapia Placa: OMN-398

DESCRIPCIÓN	GALONES	Vr. UNIT.	Vr. TOTAL
GASOLINA CORRIENTE	15.2	14433	219.381
A.C.P.M.			
GASOLINA EXTRA			
TOTAL $			219 381

VALIDO ÚNICAMENTE PARA VENTA DE COMBUSTIBLE. NO CONSTITUYE FACTURA, NI DOCUMENTO EQUIVALENTE

Aurelio Pantra
cc 94658 01

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14963187345

(415)7707212489984(8020) 000001496318734 5

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

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
ESTACIÓN DE SERVICIOS LA IMAGEN S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Toledo 8 2 0

41. Dirección principal
BR SAN NICOLAS - SAMORE

42. Correo electrónico edslaimagenfacturacion@hotmail.com

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

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
4 7 3 1	2 0 2 2 0 5 2 7	4 7 3 2	2 0 2 2 0 5 2 7	4 5 2 0				0

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	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
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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																								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 - 11 - 17 / 18 : 11: 52

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:

Franklyn Omar Cañas M
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS

984. Nombre CHAVES GALVIS MERY

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: 14963187345

(415)7707212489984(8020) **000001496318734 5**

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

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

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

Franklyn Omar Canas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR DE ENT.

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 18-03-2024 02:40:17PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14963187345

(415)7707212489984(8020) 000001496318734 5

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 5 2 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	3 3 5 1 5 9 6 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CHAVES	GALVIS	MERY	

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

Franklyn Omar Cañas M
SUB GERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR DE SANTA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14963187345

(415)7707212489984(8020) **000001496318734 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 0 0 5 6 8		Impuestos de Cúcuta	7

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

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

135. Fecha de nombramiento

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
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 8 2 4 6 6 0 6	7	1 7 4 7 9 0

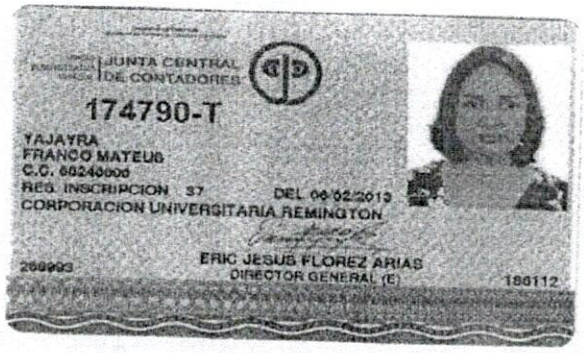
152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
FRANCO	MATEUS	YAJAIRA	

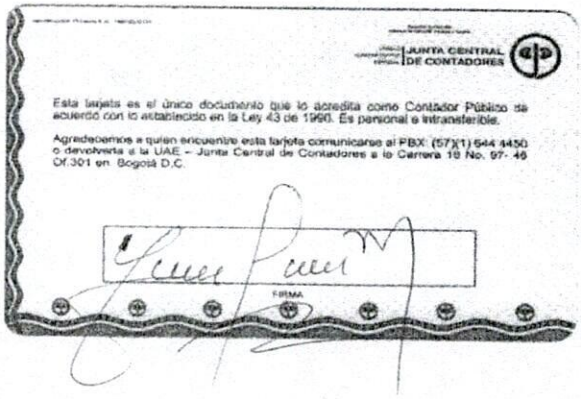
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 1 1 1 7

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Franklyn Omar Cañas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL S.A. DE ENTE









Franklyn Omar Cañas M.
SUBGERENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR DE ARAUCA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EA6F94CE2CBA728E

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 **YAJAYRA FRANCO MATEUS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 68246606 de SARAVENA (ARAUCA) Y Tarjeta Profesional No 174790-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Junio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barios

DIRECTOR GENERAL

Franklyn Omar Canas M
SUBDIRENTE
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SUR DE ARAUCA

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

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