**EL SUSCRITO SUPERVISOR**
**CERTIFICA**

**Que el contrato No. 106 del 2024, se cumplió satisfactoriamente con las obligaciones de acuerdo a las siguientes especificaciones:**

| **Nombre del Contratista** | | | **Número Nit o C.C. y lugar expedición** | | **No. informe** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIAGNOSTICO E.U<br>R/L: DANIEL ANGEL ARIAS OLAVE | | | Nit. 8 4 6 0 0 1 4 2 5 - 0 | | 3 | de | N/A |
| **Fecha de presentación** | | | **Periodo del informe:** | | **Municipio prestación del servicio** | | |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **De** | **Al** | | | |
| 09 | SEPTIEMBRE | 2024 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | Mocoa | | |
| **Objeto del contrato** | | | **"PRESTAR LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA EL PERSONAL DE PLANTA DE LA SEDE PRINCIPAL DEL MOCOA Y LA SUBSEDE SIBUNDOY DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO".** | | | | |
| **Tipo de contrato:** | | | Prestación de servicios. | | | | |
| **Fecha de Inicio** | | | 07/03/2024 | **Fecha de Terminación** | 23/12/2024 | | |
| **Plazo** | | | Nueve (09) Meses y diecisiete (17) días, o hasta el agotamiento del presupuesto oficial. | | | | |
| **Valor total del contrato** | | | Quince millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil ochocientos cincuenta y dos pesos ($15.445.852,00) M/CTE. | | | | |
| **Prorrogas** | | | **Acta No.** X de **dd/mm/aaaa – Tiempo:** En días y/o meses | | | | |
| **Adiciones** | | | **Acta No.** X de **dd/mm/aaaa** | | | | |
| **Suspensiones** | | | **Acta No.** X de **dd/mm/aaaa – Tiempo:** En días y/o meses | | | | |
| **Modificatorios** | | | **Acta No.** X de **dd/mm/aaaa** | | | | |
| **Interventoría** | | | NA | | | | |
| **Nueva fecha de terminación** | | | NA | | | | |
| **Forma de pago** | | | EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO pagará el valor del contrato mediante pagos parciales de conformidad con el servicio prestado, previa presentación de factura o cuenta de cobro, y certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato acompañado de los siguientes documentos y previo agotamiento de los trámites administrativos internos:<br>Certificación de Aportes Parafiscales dependiendo del periodo a pagar.<br>Certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato. Para cada pago, el contratista deberá acreditar los comprobantes de cancelación de aportes al sistema de seguridad | | | | |

[1] Tesorería debe generar documento equivalente ante la DIAN

| | |
|---|---|
| | social en salud y pensiones y parafiscales, a que haya lugar, de conformidad a lo previsto por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.<br>Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma.<br>• Factura o cuenta de cobro, de acuerdo con los precios ofertados por el proponente adjudicatario en su oferta económica (costos directos e indirectos generados por la entrega) y las cantidades recibidas. Se debe facturar en pesos (cifras enteras), el ITP no aceptará facturas o cuenta de cobro que incluyan centavos, por lo cual deberán aproximarse por exceso o por defecto.<br>• Un cronograma, realizado entre el supervisor y el contratista, con la suscripción del inicio del contrato, dicha relación debe coincidir en todas sus partes con lo aprobado por el supervisor.<br>• Certificado del pago de aportes parafiscales y seguridad social del mes inmediatamente anterior de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, modificado por la Ley 828 de 2003 y pago a proveedores, y seguridad social.<br>•Certificación bancaria, donde se debe realizar el desembolso, solo para el primer pago. |

## APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Se verifico que el contratista cumplió con el pago a sus aportes al Sistema General de seguridad social integral (salud, pensiones, ARL) según lo establece el contrato; Además anexa certificado expedido por el revisor fiscal y el certificado digital del contador público BERNARDA ARIAS OLAVE identificada con Cedula Ciudadanía No. 31.140.365 de Palmira (Valle del cauca) y tarjeta profesional No. 4025-T.
Las planillas aportadas se confrontaron en el sistema del operador correspondiente, verificando que son auténticas y cumplen con lo exigido. Para tal efecto relaciono los datos relevantes al respecto.

| PLANILLA NUMERO | FECHA DE PLANILLA | PERIODO COTIZADO |
|---|---|---|
| 1064742506 | 02/07/2024 | PENSION JUNIO – SALUD JULIO |
| 1065577644 | 02/08/2024 | PENSION JULIO – SALUD AGOSTO |
| 1066247780 | 02/09/2024 | PENSION AGOSTO – SALUD SEPTIEMBRE |

## AUTORIZACIÓN DE PAGO

Teniendo en cuenta que el contratista ha cumplido a cabalidad con las obligaciones estipuladas en el contrato tal como se evidencia en el producto presentado y aprobado por el supervisor y **la FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° DXEU11019** con fecha de expedición **31/08/2024**, AUTORIZO el pago por la suma de TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($**3.566.000,00**) M/CTE.

[1] Tesorería debe generar documento equivalente ante la DIAN

**DOCUMENTOS SOPORTES (entregados)**

| **ESTADOS FINANCIEROS** | |
|---|---|
| **CONTRATOS** | |
| **CONCEPTO** | **VALOR** |
| **Valor inicial del contrato** | $15.445.852,00 |
| **Valor total de adiciones** | $0 |
| **Valor total de reducciones** | N/A |
| **Valor total del Contrato** | $15.445.852,00 |
| **Valor total pagado** | $8.232.000,00 |
| **Valor a pagar en la presente certificación** | $3.566.000,00 |
| **Saldo del contrato** | $3.647.852,00 |

La presente certificación se expide para efecto de pago del contrato antes referenciado, en la ciudad de Mocoa a los nueve (09) días del mes de septiembre de 2024.

**JHON ANDRES CERON**
**CC No.** 18.128.865 de Mocoa
**Cargo o Vinculación:** VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
**SUPERVISOR**

[1] Tesorería debe generar documento equivalente ante la DIAN

DIAGNOSTICOS E.U.

**DIAGNOSTICOS E.U.**
***POR SU SALUD***
NIT: 846001425-0
Régimen: No responsable de IVA
Persona Jurídica
CL 12 9 103, Mocoa, Putumayo, Colombia
Tel. 4200064
Email. diagnosticoseu@hotmail.com
diagnosticoseu@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764070850585 válida desde 2024-05-17 hasta 2026-05-17 rango desde DXEU10001 hasta DXEU15000.

**Cliente:** INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO
**NIT :** 800247940-1
**Dirección:** Cr 17 Cl 14 10 B Aire Libre Barrio Luis Carlos Galán, Mocoa, Putumayo, Colombia
**Teléfono:** 3144084297
**Email:** mavelasquez@itp.edu.co

**Tipo de negociación:** Crédito
**Medio de Pago:** Consignación bancaria
**Fecha de Pago:** 30/09/2024
**Total de Lineas:** 14

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** DXEU11019
**MONEDA:** COP Colombia, Pesos
**HORA EMISIÓN:** 10:47:34-05:00
**FECHA FIRMADO:** 31/08/2024 10:47:37

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 31 | 08 | 2024 | 30 | 09 | 2024 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 902210 | CUADRO HEMATICO HEMOGRAMA HEMATOCRITO YLEUCOGRAMA | WSD | 10,00 | $20.500,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $205.000,00 |
| 2 | 902210 | CUADRO HEMATICO HEMOGRAMA HEMATOCRITO YLEUCOGRAMA | WSD | 4,00 | $20.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $80.000,00 |
| 3 | 954100 | AUDIOMETRIA | WSD | 10,00 | $33.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $330.000,00 |
| 4 | 954100 | AUDIOMETRIA | WSD | 4,00 | $35.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $140.000,00 |
| 5 | 890208 | VALORACION PSICOLOGICA | WSD | 10,00 | $43.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $430.000,00 |
| 6 | 890208 | VALORACION PSICOLOGICA | WSD | 4,00 | $48.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $192.000,00 |
| 7 | 890207 | VISIOMETRIA | WSD | 10,00 | $25.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $250.000,00 |
| 8 | 890207 | VISIOMETRIA | WSD | 4,00 | $31.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $124.000,00 |
| 9 | 903841 | GLICEMIA | WSD | 10,00 | $18.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $180.000,00 |
| 10 | 903841 | GLICEMIA | WSD | 4,00 | $19.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $76.000,00 |
| 11 | 890302 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | WSD | 10,00 | $55.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $550.000,00 |
| 12 | 890302 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | WSD | 4,00 | $58.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $232.000,00 |
| 13 | 300052 | PERFIL LIPIDICO | WSD | 10,00 | $54.500,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $545.000,00 |
| 14 | 300052 | PERFIL LIPIDICO | WSD | 4,00 | $58.000,00 | IVA | 0% | $0.00 | 0,00 | $232.000,00 |

**Notas**:
LOS SERVICIOS EN ESTA FACTURA REALIZADOS DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2024 FUERON PRESTADOS EN DIAGNOSTICOS EU CALLE 12 No 9-103 EN MOCOA-PUTUMAYO A SOLICITUD DEL CLIENTE.

**SON**: (tres millones quinientos sesenta y seis mil pesos )
**CUFE**: 1f4fabe5ff5df3118cd1876a7c4df4ce52348580b69c1450d0a05d37ab2b660ca4dce583ff247e5494013ebd80320ef3

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $3.566.000,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **IVA:** | $0,00 |
| **Total:** | $3.566.000,00 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|

**Firma Digital:** NoPnzuHjsTCTawp+jIVLM50Yx53x2dWs+u3MD+yhrZLxOvGdkAtryzKT7cEH0pyk
j5uCc2zJ0nSZLiF4/LKyPoGxi9eocWE5rJ59cxaKwRBNE8HLdn
0UG/zNaOwmndSE TgY6M+oQV3OM61SNu+oSV/6Q4QRP6GSgfz50XvHLc81Ov//Ep47MuLCqFATdNC4c shONZgBSdEF2NTCkmOPSQOb1WF3k6x8kkEY
v1/5X9IgsnioXsd1vsJNpdPdefoqr IdIiNO4E6TJvbu8sQaG/BDmtUJL6CWtq0f+kWauvQYexScKGjx498MNWUPuvJskO i/+RC9Seyi1t3zDLmz6Z
bQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

| IMPUESTOS | | | |
|---|---|---|---|
| 01 IVA | $3.566.000,00 | 0.00% | $0,00 |

**Firma Digital:** NoPnzuHjsTCTawp+jIVLM50Yx53x2dWs+u3MD+yhrZLxOvGdkAtryzKT7cEH0pyk
j5uCc2zJ0nSZLiF4/LKyPoGxi9eocWE5rJ59cxaKwRBNE8HLdn
0UG/zNaOwmndSE TgY6M+oQV3OM61SNu+oSV/6Q4QRP6GSgfz50XvHLc81Ov//Ep47MuLCqFATdNC4c shONZgBSdEF2NTCkmOPSQOb1WF3k6x8kkEY
v1/5X9lgsnioXsd1vsJNpdPdefoqr IdIiNO4E6TJvbu8sQaG/BDmtUJL6CWtq0f+kWauvQYexScKGjx498MNWUPuvJskO i/+RC9Seyi1t3zDLmz6Z
bQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
1f4fabe5ff5df3118cd1876a7c4df4ce52348580b69c1450d0a05d37ab2b660ca4dce583ff247e5494013ebd80320ef3

**Número de Factura:** DXEU-11019
**Fecha de Emisión:** 31/08/2024
**Fecha de Vencimiento:** 30/09/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar
**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Consiganción bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** DIAGNOSTICOS E.U.
**Nombre Comercial:** DIAGNOSTICOS E.U.
**Nit del Emisor:** 846001425
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** 01 - IVA
**Actividad Económica:**
**País:** Colombia
**Departamento:** Putumayo
**Municipio / Ciudad:** MOCOA
**Dirección:** CL 12 9 103
**Teléfono / Móvil:** 4200064
**Correo:** diagnosticoseu@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 800247940
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZY - No causa
**País:** Colombia
**Departamento:** Putumayo
**Municipio / Ciudad:** MOCOA
**Dirección:** Cr 17 Cl 14 10 B Aire Libre Barrio Luis Carlos Galán
**Teléfono / Móvil:** 3144084297
**Correo:** mavelasquez@itp.edu.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 902210 | CUADRO HEMATICO HEMOGRAMA HEMATOCRITO YLEUCOGRAMA | WSD | 10,00 | $ 20.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 205.000,00 |
| 2 | 902210 | CUADRO HEMATICO HEMOGRAMA HEMATOCRITO YLEUCOGRAMA | WSD | 4,00 | $ 20.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 80.000,00 |
| 3 | 954100 | AUDIOMETRIA | WSD | 10,00 | $ 33.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 330.000,00 |
| 4 | 954100 | AUDIOMETRIA | WSD | 4,00 | $ 35.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 140.000,00 |
| 5 | 890208 | VALORACION PSICOLOGICA | WSD | 10,00 | $ 43.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 430.000,00 |
| 6 | 890208 | VALORACION PSICOLOGICA | WSD | 4,00 | $ 48.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 192.000,00 |
| 7 | 890207 | VISIOMETRIA | WSD | 10,00 | $ 25.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 250.000,00 |
| 8 | 890207 | VISIOMETRIA | WSD | 4,00 | $ 31.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 124.000,00 |
| 9 | 903841 | GLICEMIA | WSD | 10,00 | $ 18.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 180.000,00 |
| 10 | 903841 | GLICEMIA | WSD | 4,00 | $ 19.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 76.000,00 |
| 11 | 890302 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | WSD | 10,00 | $ 55.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 550.000,00 |
| 12 | 890302 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | WSD | 4,00 | $ 58.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 232.000,00 |
| 13 | 300052 | PERFIL LIPIDICO | WSD | 10,00 | $ 54.500,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 545.000,00 |
| 14 | 300052 | PERFIL LIPIDICO | WSD | 4,00 | $ 58.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | 0.00 | | | $ 232.000,00 |



Scanned with CamScanner

## Notas Finales

LOS SERVICIOS EN ESTA FACTURA REALIZADOS DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2024 FUERON PRESTADOS EN DIAGNOSTICOS EU CALLE 12 No 9 -103 EN MOCOA-PUTUMAYO A SOLICITUD DEL CLIENTE.

## Datos Totales

**Documento generado el:**
31/08/2024 10:47:37
**Documento validado por la DIAN:**
31/08/2024 10:47:39
**XML Generado por:**
**Proveedor Tecnológico**
890930534
**PDF Generado por:**
**Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | 3.566.000,00 |
| Descuento detalle | | | 0,00 |
| Recargo detalle | | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | | 3.566.000,00 |
| IVA | | | 0,00 |
| INC | | | 0,00 |
| Bolsas | | | 0,00 |
| Otros impuestos | | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | | 3.566.000,00 |
| Descuento Global (-) | | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ | 3.566.000,00 |

**Valores informativos**

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

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

Numero de Autorización: 18764070850585 Rango desde: 10001 Rango hasta: 15000 Vigencia: 2026-05-17



Scanned with CamScanner

**CRONOGRAMA DE EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DIAGNOSTICO EU 106-2024**

Objeto del contrato: Prestar los servicios integrales de salud para la realizacion de las evaluaciones medicas ocupacionales para el personal de planta de la sede principal de Mocoa y la subsede Sibundoy del Instituto Tecnologico del Putumayo

**fecha inicio: 07/03/2024- fecha terminación: 23/12/2024**

| NOMBRES Y APELLIDOS | CC | CARGO | TIPO DE EXAMEN | EXAMEN MEDICO OCUPACIO | EXAMENES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | AUDIOMETRIA | OPTOMETRIA | CUADRO HEMATICO | GLICEMIA | PERFIL LIPIDICO | ESPIROMETRIA | VALORACION PSICOLOGICA |
| ALEJANDRO ACHICANOY INSUASTY | 1121506560 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| CADENA JOJOA MARLENY | 69006483 | CONTROL INTERNO | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| CAICEDO MARTIN JAVIER | 12985676 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| CUELLAR PORTILLA JHON HENRRY | 12128952 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| DELGADO GONZALEZ LUIS ARTURO | 5348271 | DOCENTE | RETIRO | X | X | X | X | X | X | | X |
| GUERRA ACOSTA ADRIANA | 41181205 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| GUZMAN ORJUELA FERNANDO | 18124729 | TECNICO OPERATIVO INFORMATICA | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| GUZMAN MEZA JESSICA PAOLA | 1124855593 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| IBARRA CASTILLO ADRIANA DEL SOCORRO | 30742378 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| IZQUIERDO GOMEZ ALVARO ADRIAN | 18126021 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| LONDOÑO ARCINIEGAS AUDREY | 52149785 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| ORDOÑEZ BETANCOURTH SHANNIE VALENTINA | 69006053 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| PALACIOS BOLAÑOS GILBERTO | 12992970 | AUX ADMIN | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |
| REVELO ENRIQUEZ JUAN FERNANDO | 1053827703 | DOCENTE | PERIODICO | X | X | X | X | X | X | | X |

**DIAGNOSTICOS E.U.**
Cl 12 # 9 -103 B/Villacolombia
Mocoa – Putumayo
Tels: 8-4200064 8-4296179
E mail. diagnosticoseu@hotmail.com

## Reporte General de procedimientos

**INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO** **MES: AGOSTO DE 2024**

| FECHA DE INGRESO | IDENTIFIC | APELLIDOS Y NOMBRES | NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | V/UNITARIO | V/TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 02/08/2024 ( | 1124855593 | GUZMAN MEZA JESSICA | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 02/08/2024 ( | 12985676 | CAICEDO MARTIN | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 02/08/2024 ( | 18124729 | GUZMAN ORJUELA FERNANDO | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 02/08/2024 ( | 69006483 | CADENA JOJOA MARLENY | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 02/08/2024 ( | 12992970 | PALACIOS BOLAÑOS GILBERTO | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 03/08/2024 ( | 1053827703 | REVELO ENRIQUEZ JUAN | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | |
| | | | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | 249.000 |
| 05/08/2024 ( | 18128952 | CUELLAR PORTILLA JHON | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 05/08/2024 ( | 69006053 | ORDOÑEZ BETANCOL SHANNIE | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 05/08/2024 ( | 30742378 | IBARRA CASTILLO ADRIANA | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 06/08/2024 ( | 18126021 | IZQUIERD GOMEZ ALVARO | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 55.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 33.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 25.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 54.500 | |
| | | | GLICEMIA | 18.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.500 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 43.000 | 249.000 |
| 08/08/2024 ( | 41181205 | GUERRA ACOSTA ADRIANA | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 58.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 35.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 31.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 58.000 | |
| | | | GLICEMIA | 19.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 48.000 | 269.000 |
| 08/08/2024 ( | 5348271 | DELGADC GONZALEZ LUIS | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRI | 58.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 35.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 31.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 58.000 | |
| | | | GLICEMIA | 19.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 48.000 | 269.000 |
| 08/08/2024 ( | 1121506560 | ACHICAN( INSUASTY ALEJANDRO | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 58.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 31.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 35.000 | |
| | | | GLICEMIA | 19.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 58.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 48.000 | 269.000 |
| 08/08/2024 ( | 52149785 | LONDOÑC ARCINIEGA AUDREY | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODI | 58.000 | |
| | | | AUDIOMETRIA | 35.000 | |
| | | | VISIOMETRIA | 31.000 | |
| | | | PERFIL LIPIDICO | 58.000 | |
| | | | GLICEMIA | 19.000 | |
| | | | CUADRO HEMATICO | 20.000 | |
| | | | VALORACION PSICOLOGICA | 48.000 | 269.000 |
| **TOTAL** | | | | | **3.566.000** |

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | **3.566.000** |
| **DESCUENTO** | **0** |
| **TOTAL** | **3.566.000** |

**DANIEL ANGEL ARIAS OLAVE**
Representante Legal

**DIAGNOSTICOS E.U.**
Cl 12 # 9 -103 B/Villacolombia
Mocoa – Putumayo
Tels: 8-4200064 8-4296179
E mail. diagnosticoseu@hotmail.com

## ESTADISTICA EXAMENES

**INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO** **MES: AGOSTO DE 2024**

| No | NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | CANT | V/EMPRESA | V/TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 87 | CUADRO HEMATICO | 10 | 20,500 | 205,000 |
| 87 | CUADRO HEMATICO | 4 | 20,000 | 80,000 |
| 91 | AUDIOMETRIA | 10 | 33,000 | 330,000 |
| 91 | AUDIOMETRIA | 4 | 35,000 | 140,000 |
| 93 | VALORACION PSICOLOGICA | 10 | 43,000 | 430,000 |
| 93 | VALORACION PSICOLOGICA | 4 | 48,000 | 192,000 |
| 94 | VISIOMETRIA | 10 | 25,000 | 250,000 |
| 94 | VISIOMETRIA | 4 | 31,000 | 124,000 |
| 466 | GLICEMIA | 10 | 18,000 | 180,000 |
| 466 | GLICEMIA | 4 | 19,000 | 76,000 |
| 912 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OST | 10 | 55,000 | 550,000 |
| 912 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OST | 4 | 58,000 | 232,000 |
| 300052 | PERFIL LIPIDICO | 10 | 54,500 | 545,000 |
| 300052 | PERFIL LIPIDICO | 4 | 58,000 | 232,000 |
| **TOTAL** | | **98** | | **3,566,000** |

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2024-07-02, 11:11:24 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | junio de 2024 |
| Periodo de Cotización Para Salud | julio de 2024 |
| Empresa | DIAGNOSTICOS EU |
| NIT | NI 846001425 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1064742506 |
| Tipo de Planilla | E |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 745737369 |
| Banco | (1007) - BANCOLOMBIA |
| Valor | $ 3.010.200 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 2 | $ 425.600 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 5 | $ 1.396.100 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 3 | $ 168.400 | $ 0 |
| N817001773 | EPSIC3 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDA "A.I.C" | 3 | $ 233.900 | $ 0 |
| N837000084 | EPSIC5 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS | 1 | $ 53.200 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 7 | $ 277.500 | $ 0 |
| N891200337 | CCF63 | COMFAMILIAR PUTUMAYO | 7 | $ 455.500 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | SubTotales: | | $ 3.010.200 | $ 0 |
| | | Total a Pagar: | | | $ 3.010.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2024-08-02, 04:00:58 PM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | julio de 2024 |
| Periodo de Cotización Para Salud | agosto de 2024 |
| Empresa | DIAGNOSTICOS EU |
| NIT | NI 846001425 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1065577644 |
| Tipo de Planilla | E |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 819130354 |
| Banco | (1013) - BANCO BBVA COLOMBIA S.A. |
| Valor | $ 3.102.300 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 2 | $ 425.600 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 6 | $ 1.451.700 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 4 | $ 201.400 | $ 0 |
| N817001773 | EPSIC3 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDA "A.I.C" | 3 | $ 214.900 | $ 0 |
| N837000084 | EPSIC5 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS | 1 | $ 53.200 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 8 | $ 286.000 | $ 0 |
| N891200337 | CCF63 | COMFAMILIAR PUTUMAYO | 8 | $ 469.500 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | | SubTotales: | $ 3.102.300 | $ 0 |
| | | | Total a Pagar: | | $ 3.102.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-09-02, 03:30:45 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | septiembre de 2024 |
| **Empresa** | DIAGNOSTICOS EU |
| **NIT** | NI 846001425 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1066247780 |
| **Tipo de Planilla** | E |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 885608226 |
| **Banco** | (1013) - BANCO BBVA COLOMBIA S.A. |
| **Valor** | $ 2.967.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.10 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 212.800 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 6 | $ 1.608.900 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 4 | $ 220.400 | $ 0 |
| N817001773 | EPSIC3 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUDA "A.I.C" | 2 | $ 181.900 | $ 0 |
| N837000084 | EPSIC5 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS | 1 | $ 53.200 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 7 | $ 261.300 | $ 0 |
| N891200337 | CCF63 | COMFAMILIAR PUTUMAYO | 7 | $ 428.900 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 2.967.400 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 2.967.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DIAGNOSTICOS E.U.**
Cl 12 # 9 -103 B/Villacolombia
Mocoa – Putumayo
Tels: 8-4200064 8-4296179
E mail. diagnosticoseu@hotmail.com
www.diagnosticoseu.net
NIT: 846.001.425-0

# LA SUSCRITA CONTADORA DE DIAGNOSTICOS E.U
**NIT 846.001.425-0**

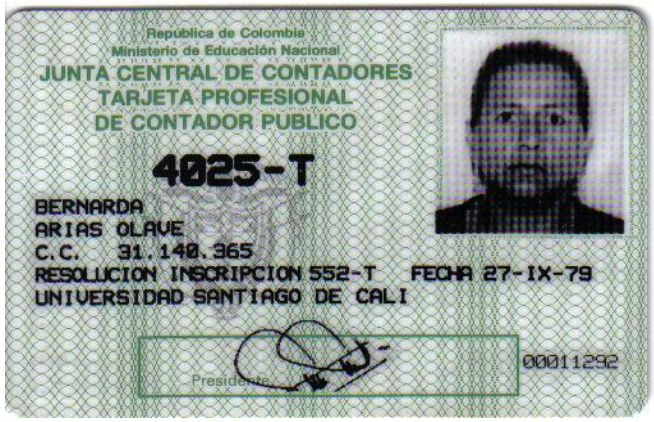
## HACE CONSTAR

Que, **DIAGNOSTICOS E.U.** ha cumplido con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, durante los últimos seis (6) meses en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por la Ley 828 del 10 de Julio de 2003.

En Mocoa, a los (31) días del mes de agosto del año 2024.

Atentamente,

**BERNARDA ARIAS OLAVE**
Contadora Pública
TP 4025-T



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**4025-T**

BERNARDA
ARIAS OLAVE
C.C. 31.140.365
RESOLUCION INSCRIPCION 552-T FECHA 27-IX-79
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Presidente

00011292



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.140.365

ARIAS OLAVE

APELLIDOS

BERNARDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1952

PALMIRA

(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-OCT-1973 PALMIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3107900-65143312-F-0031140365-20060314 05381 06073B 02 185717206

Certificado No:

4405837FB1EFEECF

**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 **BERNARDA ARIAS OLAVE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 31140365 de PALMIRA (VALLE DEL CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 4025-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 14 días del mes de Junio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

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

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14946897481

(415)7707212489984(8020) 000001494689748 1

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

## 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
DIAGNOSTICOS E.U.

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| DIAGNOSTICOS E.U. | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 12 9 103 BRR VILLA COLOMBIA

42. Correo electrónico diagnosticoseu@hotmail.com

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

## 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 | 1 | 6 | 4 | 2 | 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
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

| Usuarios 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 - 13 / 11 : 58: 11

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 ARIAS OLAVE DANIEL ANGEL

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: 14946897481

(415)7707212489984(8020) **000001494689748 1**

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

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 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 | 1 4 6 | |
| 73. Fecha | 2 0 0 1 0 1 2 9 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 1 0 1 2 9 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 1 6 3 0 4 - 1 5 | |
| 78. Departamento | 8 6 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 2 0 0 1 0 1 2 9 | |
| 81. Hasta | 2 1 0 0 0 1 2 9 | |

## 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 Nacional de Salud — 1 0

## 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 0 0 6 | | - |
| 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

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946897481

(415)7707212489984(8020) **000001494689748 1**

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | | |
|---|---|---|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 0 1 0 1 2 9 | | | |
| **100. Tipo de documento** | **101. Número de identificación** | | **102. DV** | **103. Número de tarjeta profesional** |
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 6 2 7 5 1 2 9 | | | |
| **104. Primer apellido** | **105. Segundo apellido** | **106. Primer nombre** | | **107. Otros nombres** |
| ARIAS | OLAVE | DANIEL | | ANGEL |
| **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
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946897481

(415)7707212489984(8020) **000001494689748 1**

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

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

**1**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARIAS | OLAVE | DANIEL | ANGEL |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 1 0 1 2 9 | |

**2**

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

**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

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946897481

(415)7707212489984(8020) **000001494689748 1**

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

**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 | 3 1 1 4 0 3 6 5 | | 4 0 2 5 T |

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

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 0 6 0 7 1 8 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946897481

(415)7707212489984(8020) **000001494689748 1**

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

**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: DIAGNOSTICOS E.U.

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 12 9 103

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

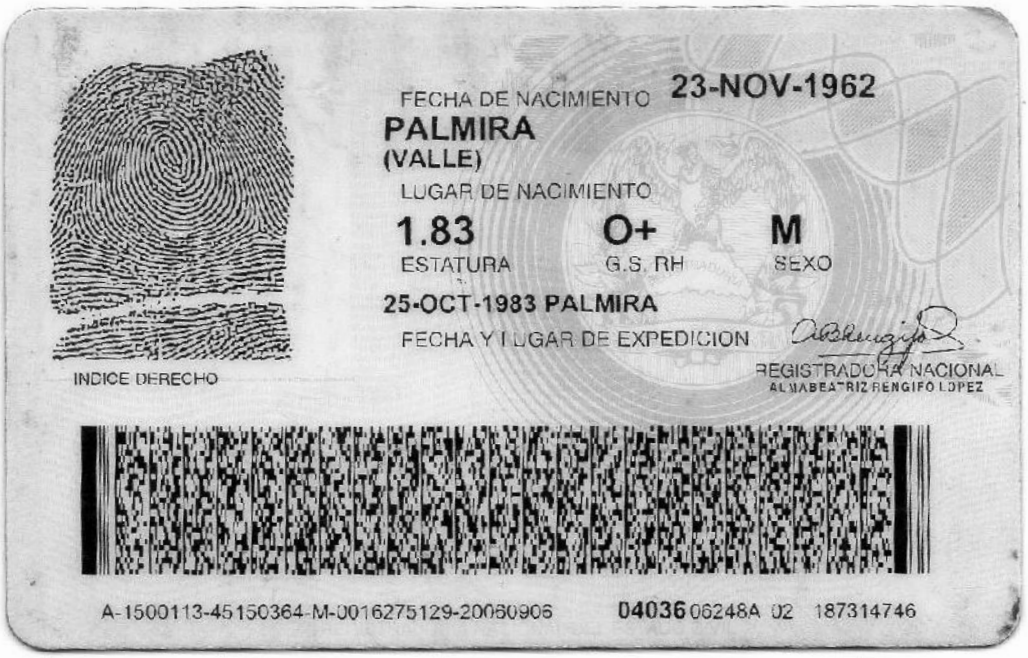
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| | | |

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
16.275.129
NUMERO
ARIAS OLAVE
APELLIDOS
DANIEL ANGEL
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1962
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.83
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
25-OCT-1983 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500113-45150364-M-0016275129-20060906
04036 06248A 02 187314746

Bancolombia

Mocoa, 14 de junio de 2024

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
La Ciudad

# BANCOLOMBIA

## Certifica que:

**DIAGNOSTICOS E.U** identificado con **NIT** número **846001425** a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el banco una cuenta con las siguientes características:

| Nombre Producto | No Producto | Fecha de apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros | 453-859506-79 | 2012/07/25 | Activa |

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 4295102 Ext. 151 de Mocoa o en nuestra sucursal Mocoa.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Mocoa - Of. 927 Mocoa

Asesor de servicios Nº 150
Cédula Nº 1004[illegible]28
**Yesica Paola Peña Triana**
**Asesora Comercial Pyme**

*** Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Grupo **Bancolombia**

Powered by CamScanner