DIRECCION DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL
61 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA
Nit: 901363087
Movimientos de Almacén

PROGRAMA: INPMMVAL
V. 5000
01/08/2024 10:17:12
LUIS FERNANDO LOAIZA GAL

Tpdo	ENC - ENTRADA ELEMENTOS CONSUMO SIN CONTROL			Area Resp	92729398 - ADMINISTRACION ALMACEN UPRES DEANT		
Número	73	Fecha	01/08/2024	Solicitante	901363087 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA		
Almacén	1 - ALMACEN UPRES ANTIOQUIA			TpMy Contab	43 - ENTRADAS	Estado	INGRESO A ALMACEN
Proyecto	-						

FACTURAS RELACIONADAS

Tipo Documento	Prefijo	Número	Fecha	Iva	Valor Total
1-FACTURA	FE	220004	31/07/2024	0.00	90,543.00
1-FACTURA	FE	220007	31/07/2024	0.00	1,220,110.00
					1,310,653.00

BODEGA: 1 - BODEGA UPRES ANTIOQUIA

Tipo	Grupo	Subgrupo
11 - CONSUMO SIN CONTROL	3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA	7 - INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS

Item	Descripción	Detalle Adicional	Cantidad	Marca	Unidad	Procedencia	Valor Unitario	Valor Total sin IVA	Valor Total
43699	APOSITO TRANSPARENTE ADHESIVO		1000		UNIDAD	1	1,220.11	1,220,110.00	1,220,110.00
50373	JABON QUIRURGICO A BASE DE CLORHEXIDINA X 500 CC		3		UNIDAD	1	30,181.00	90,543.00	90,543.00

	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
TOTALES TIPO						1,310,653.00	1,310,653.00	0.00
TOTALES	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
						1,310,653.00	1,310,653.00	0.00

Observaciones

ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA EL SERVICIO CONTRATO 102-8-20144-24.

CODIFICACIÓN CONTABLE

TpCo Gr 920 **TpCo Esp** 700 ENTRADAS DE ALMACEN **Nro.** 1211 **Periodo** 202408 **Fecha** 01/08/2024

Mayor	Descripción	Area	Ceco	Nit	Descripción	Débito	Crédito
151404001	Materiales médico - quirúrgicos			11003007	INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS	1,310,653.00	
249090001	Otras cuentas por pagar			800158193	ASESORES BIOCIENTIFICOS ASOCIADOS - ABA CIENTIFICA S.A		1,310,653.00
					Totales	1,310,653.00	1,310,653.00

POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE ANTIOQUIA
NIT. 901.363.087-6

01 AGO 2024

CENTRAL DE CUENTAS

RECIBE

Responsable
NOMBRE UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA
C.C. 901363087

Elaborado por
FIRMA
NOMBRE LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO

Ciudad y fecha:	Envigado – Antioquia 01/08/2024
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra: Contrato de obra: Contrato de consultoría: Contrato de prestación de servicios: Contrato de compraventa: Contrato de suministro: **X** Contrato interadministrativo:
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	**102-8-20144-24**
Constancia de recibido No.	1
Contratista:	ABA CIENTIFICA S.A.S
NIT del contratista:	800158193-4
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO, OTROS MATERIALES PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS QUE HACEN PARTE DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL; DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA" ÍTEMS 10 - 16
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	Inicial $ 17.718.058,00=
Plazo de ejecución:	Del: 17/07/2024 Al: 31/10/2024
Lugar de ejecución y/o entrega	**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA** **CARRERA 43A N°48CSUR 45**
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_**X**_	NO X
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que	SUBINTENDENTE LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO. Responsable de Activos Fijos

desempeña:	
Fecha de entrega certificada:	Del: 17/07/2024 Al: 31/07/2024
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2024.	
Acta de recepción de bienes	ACTA N° 001 DEL 31 DE JULIO 2024

Unidad	Recurso	Descrip-ción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor factu-rado	Valor a amorti zar y/o desco ntar *	Valor a pagar
UPRES	16	ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO, OTROS MATERIALES PARA LA ADECUADA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS QUE HACEN PARTE DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL; DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA" ÍTEMS 10 - 16	$ 1.310.653,00=	$ 1.310.653,00 =	0.00	$ 1.310.653,00=

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FE220007	31/07/2024	$1.220.110,00=	0.00	$1.220.110,00=
FE220004	31/07/2024	$90.543,00=	0.00	$90.543,00=
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$1.310.653,00=	0.00	$1.310.653,00=

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO:

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

ÍTEM	CONDICIÓN TÉCNICA	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente mediante comunicado certificara que los insumos a entregar cumplen con las características técnicas minimas exigidas.	X	N/A
2	El oferente deberá acreditar su experiencia con máximo TRES (3) contratos inscritos en el RUP, cuyo objeto sea en proyectos iguales o similares al objeto del presente proceso, y su sumatoria	X	N/A

2	El oferente deberá acreditar su experiencia con máximo TRES (3) contratos inscritos en el RUP, cuyo objeto sea en proyectos iguales o similares al objeto del presente proceso, y su sumatoria sea igual o superior al cincuneta por ciento (50%) del valor estimado equivalentes en SMMLV, esto es $ 408,18 SMMLV, con empresas públicas o privadas, para lo cual se tendrá únicamente la experiencia acreditada y reportada en el registro único de proponentes. Si el proponente se presenta a dos o mas grupos y/o ítems, en los contratos inscritos en el RUP debe constar por lo menos tres de los siguientes códigos de clasificación UNSPSC. En el evento en que el oferente se presente solo a un grupo o ítem, podrá tener registrado 1 codigo los contratos inscritos en el RUP	X	N/A
3	**CAPACIDAD OPERATIVA** El oferente deberá certificar mediante comunicación y aportar documentos que soporten que cuenta con la capacidad logística y de personal para cumplir con el objeto del contrato, para lo cual, deberá contar con la infraestructura, el transporte propio y los medios logísticos propios para la prestación del servicio, se compromete atender las solicitudes o los requerimientos realizados en un tiempo máximo de tres (5) dias calendario incluyendo fines de semanas y festivos después del requerimiento emitido por el supervisor del contrato; Con el fin de tener una comunicación directa con el adjudicatario de acuerdo a la necesidad de los dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, otros materiales a requerir, es imprescindible que se cuente con un intermediario que pueda solucionar de forma ágil y oportuna dichos requerimientos en el tiempo establecido en el presente pliego de condiciones. El oferente deberá informar por escrito, en su oferta la persona de enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, otros materiales, así como de todas las actividades que se presenten durante la ejecución del contrato, para garantizar que la persona de enlace no sea externa o desconozca del objeto a contratar, la entidad oferente debe certificar y demostrar que tienen una persona de enlace, relacionando los siguientes datos: Nombre_____ Teléfonos_____ Correo electrónico_____	X	N/A
4	**OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES** • **Garantía y fechas de vencimiento.** Certificación de Calidad: el oferente debe certificar mediante comunicación escrita: La calidad de los elementos ofertados 1. El cumplimiento de las especificaciones técnicas ofertadas. 2. El cambio de los elementos que presenten cualquier defecto o mala calidad sin costo alguno para la Unidad Prestadora de Salud de Antioquia dentro de los ocho (08) días calendarios siguientes al requerimiento. 3. El cambio de los elementos que tengan una fecha de vencimiento a inferior a 180 días. 4. Presentar carta de compromiso que certifique que entregará los dispositivos médicos, material médico-quirúrgico en referencias varias de un mismo lote o por lo menos con la misma fecha de vencimiento independientemente del lote, la cual no deberá ser inferior al 75 % de la vida útil otorgada por el INVIMA, contados a partir de la fecha de la entrega de los insumos; salvo para aquellos casos que, por características propias del insumo, no pueda asegurarse una vida útil mayor. En este último caso, al momento de perfeccionamiento de la oferta comercial, se deberá adjuntar una carta de compromiso de cambio del insumo, si el producto no es utilizado antes de su fecha de vencimiento. 5. En caso de que la referencia solicitada de los dispositivos médicos, material médico-quirúrgico no cubra las necesidades reales por el paciente y las presentadas por el insumo, la empresa se comprometerá a cambiar los dispositivos médicos, insumos por otras que cubra las especificaciones necesarias en un tiempo no superior a ocho (08) días calendario.	X	N/A

	6. Si un lote específico de los dispositivos médicos, material médico-quirúrgico es retirado del mercado por indicación del INVIMA, el oferente se debe comprometer a recoger el producto y entregar un nuevo lote del mismo producto, de común acuerdo con el almacén de dispositivos médicos. 7. Serán de cargo del contratista los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo del traslado de los dispositivos médicos, insumos hasta el lugar de entrega. Estos costos se entenderán incorporados al valor total de la oferta presentada, incluyendo los impuestos. 8. El almacén de dispositivos médicos se reserva el derecho de efectuar una revisión técnica en la recepción de insumos, dispositivos médicos, material médico quirúrgicos y estos podrán ser devueltos si no cumplen las especificaciones de la entrega. Así mismo, el deterioro físico del embalaje o el empaque que pueda comprometer la calidad del producto entregado, será causal de devolución para su cambio o reposición. En dichos eventos se entenderá que insumos, dispositivos médicos, material médico quirúrgicos no ha sido recibido a satisfacción. 9. La Oportunidad, apoyo técnico y calidad del Oferente deberá ser certificada por escrito. 10. Deberá sostener los precios ofrecidos durante el plazo de ejecución del Contrato. 11. Deberá facturar los servicios prestados de acuerdo con lo convenido en el Contrato. 12. Deberá reportar mensualmente la ejecución del Contrato al Líder del Almacén de dispositivos médicos de la unidad prestadora de salud de Antioquia. 13. El contratista debe estar inscrito ante la Cámara de Comercio y cumplir con todas las condiciones que la normatividad vigente exige para la distribución. 14. Certificar que en el caso de ser adjudicatario para contratar suministro (guantes limpios y estériles)y se presente escasez por cualquier causa durante el tiempo de ejecución de la oferta comercial, el Contratista presentara una propuesta a la Unidad Prestadora de Salud de Antioquia , en el área administrativa y financiera con un mecanismo de solución del evento en un plazo que no exceda los ocho (8) días calendario, Las empresas deberán facturar como queda establecido en el objeto del contrato, con los nombres de la ficha técnica, relacionando cantidades, número de contrato y la vigencia. Las cantidades, se solicitarán a conformidad de la necesidad de cada paciente. 15. El Futuro Contratistas deberá comprometer a realizar el respectivo cambio y reposición inmediata, por otro con iguales características, para el evento en que se presenten los siguientes criterios y en dichos eventos se entenderá que el elemento suministrado (guantes limpios y estériles) no ha sido recibido a satisfacción hasta que se haga su reposición: • Averías en el momento de la entrega • Elementos entregados y que no corresponden a lo contratado en descripción y/o cantidad. • Defectos técnicos de calidad graves y críticos que inhabiliten el uso humano. *El Servicio del almacén de la UPRES de Antioquia se reserva el derecho de efectuar una revisión técnica en la recepción de los insumos médicos quirúrgicos estos podrán ser devueltos si no cumplen las especificaciones de la entrega estipulados en el contrato.* 16. Para plasmar la propuesta se debe diligenciar la información en la plataforma del SECOP (Insumos médicos quirúrgico Es indispensable suministrar todos los datos y parámetros requeridos, sin insertar o eliminar ninguna celda, no modificar ninguno de los nombres, referencias o información que se encuentre en el cuadro original. En caso de que el criterio no aplique, se debe diligenciar como No Aplica (N. A.). Adjunto al presente estudio previo se suministran los formatos en hoja electrónica.		
5	• **Registro INVIMA** Los dispositivos médicos, material médico-quirúrgico deberá cumplir con los requisitos establecidos por el INVIMA, a través del Certificado Registro Sanitario. Así mismo en el evento que alguno de los componentes no requiera registro INVIMA, se debe anexar certificación expedida por el INVIMA, sin que sea superior a dos años contados a partir del cierre del proceso de contratación Los oferentes para el cumplimiento de los siguientes aspectos técnicos deben anexar certificaciones (cartas de compromiso) o registros según aplique. Se sugieren los formatos que se	**X**	**N/A**

	adjuntan al presente estudio previo. En caso de utilizarse otros, como mínimo deberán contener la información del modelo.		
6	a) Las empresas se deberán comprometer a facturar como está establecido en el documento The United Nations Standard Products and Services Code® - UNSPSC -Código Estándar de Productos y Servicios de Naciones Unidas, para la descripción de los elementos y en forma general cumplir con lo establecido en el Código de Comercio para la presentación de la factura. b) El proveedor o contratista se deberá comprometer a realizar el respectivo cambio y reposición inmediata, por otro con iguales características, para los eventos que se presentan a continuación, es de anotar que el dispositivo médico no ha sido recibido a satisfacción hasta que se haga su reposición: • Dispositivos entregados con fechas de vencimiento y una vida útil inferior al setenta y cinco por ciento (75%) otorgada por el INVIMA en su registro sanitario, contados desde la fecha de la entrega de los mismos • Elementos entregados y que no corresponden a lo contratado en descripción y/o cantidad. • Defectos técnicos de calidad graves y críticos que inhabiliten el insumo para uso humano. • Cambio de los dispositivos médicos ya recibidos en el almacén que tengan una fecha de vencimiento inferior a seis (6) meses y debe ser reportado por los almacenes adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Antioquia • Deterioro físico del embalaje o el empaque primario y/o secundario, que pueda comprometer la calidad del producto entregado. El almacén de dispositivos médicos de la Unidad Prestadora de salud de Antioquia en cumplimiento de la normatividad vigente, realizarán una revisión técnica de los dispositivos médicos en el proceso de recepción y éstos serán devueltos si no cumplen las especificaciones de la entrega estipuladas en el contrato. c) El oferente se deberá comprometer, manifestando que, en caso de presentarse un incidente o evento adverso relacionado con una potencial falla del insumo suministrado por el proveedor, este acepta cubrir los costos y participar activamente en el desarrollo de las actividades pertinentes de tecno vigilancia, reactivo vigilancia y/o fármaco vigilancia que conjuntamente se consideren con el Comité de Seguridad del Paciente institucional. d) Para plasmar la propuesta económica se debe diligenciar en el expediente electrónico, en la sección de Cuestionario del aplicativo SECOP II, incluyendo el valor IVA (si aplica). Es indispensable suministrar todos los datos y parámetros requeridos, sin insertar o eliminar ninguna celda, no modificar ninguno de los nombres, referencias o información que se encuentre en el cuadro original. En caso de que el criterio no aplique, se debe diligenciar como No Aplica (N. A.). Cabe aclarar que para el concepto de NO APLICA, por parte del comité evaluador técnico se verificará la veracidad de la información diligenciada en las respectivas casillas; para los casos en que la información no corresponda o no sea veraz, se solicita por escrito al oferente ampliar o esclarecer dicha información; de igual manera se dará la respectiva respuesta por escrito. e) Para los dispositivos médicos que requieren apoyo tecnológico, los oferentes deben comprometerse con la entrega de los equipos complementarios para su uso, sin costo adicional y durante el periodo desde la fecha de inicio del contrato hasta la última unidad consumida del contrato. Estarán a cargo del contratista el mantenimiento, reparación, actualización y demás criterios que circunden estos equipos; estos elementos serán entregados mediante Acta de Entrega al coordinador de activos fijos de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia para que éste a su vez los ingrese al Acta de Revista Selectiva que corresponda a cada servicio. **DISPOSITIVO MÉDICO** | **EQUIPO EN APOYO**	**X**	**N/A**

	<table><tr><td></td><td>**TECNOLÓGICO**</td></tr><tr><td>Equipos para bomba de infusión Equipos para bomba de infusión radiopaco</td><td>36 bomba de infusión</td></tr><tr><td>Equipo perfusor</td><td>01 Perfusor</td></tr><tr><td>Indicador biológico vapor ampolla</td><td>Incubadora con lectura rápida e impresora</td></tr><tr><td>Aguja para anestesia loco-regional con vía de electro-neuro-estimulación y prolongador amovible</td><td>Equipo neuro estimulador</td></tr></table> **NOTA:** Este numeral se debe diligenciar de igual manera en el anexo técnico		
7	a. El oferente debe anexar copia del registro INVIMA vigente, el cual debe coincidir con el impreso en el empaque primario de la muestra del dispositivo médico. En caso de ser adjudicado los registros deberán coincidir con los entregados en la oferta a menos que hayan tenido algún cambio, caso en el que se deberá entregar el nuevo registro. b. El oferente debe anexar copia de la ficha técnica de los dispositivos médicos ofertados y hoja de seguridad de los insumos para los que le aplique. c. Todos los oferentes, deberán presentar muestra de los dispositivos médicos ofertados, la cual será entregada en el Almacén de Dispositivos Médicos ubicado en el sótano de la Unidad prestadora de salud de Antioquia, ANTES DE LA FECHA Y HORA PREVISTA PARA EL CIERRE DEL PROCESO debidamente rotuladas y embaladas, con el propósito de ser evaluadas desde los requisitos de su etiqueta y su funcionalidad según su uso para el cual está diseñado, (se evaluara al menos una unidad por parte del consumidor final, el cual consignara la información en un formato de evaluación técnica del dispositivo medico).Dichas muestras deben cumplir los siguientes requisitos: • Contener un rótulo que describa el dispositivo (tal cual como aparece en el proceso), grupo y/o ítem al cual corresponde y se debe indicar claramente si la muestra puede ser abierta para su evaluación y si debe ser devuelta. • La muestra se debe presentar en su empaque secundario, el cual debe cumplir la normatividad vigente en cuanto a la información de etiquetas. • Las muestras deben estar relacionadas en un listado donde se indique la descripción del dispositivo, cantidad entregada, lote, fecha de vencimiento, marca ofertada y registro INVIMA. Los dos últimos datos deben coincidir con la documentación presentada para el elemento y con la información del empaque secundario de la muestra. • Para elementos que comparten las mismas especificaciones y que solo cambian en el calibre o talla se puede presentar una sola muestra que los represente a todos, siempre y cuando, sea la misma marca y registro INVIMA para todos; dicha situación debe estar especificada en el listado de muestras. • Los proponentes deberán recoger las muestras en los siguientes treinta (30) días calendario después de la adjudicación del proceso. Después de transcurrido este tiempo, la institución no se hace responsable de la devolución de las mismas. Nota: Para los dispositivos médicos y material médico quirúrgico que tengan un costo superior a doscientos cincuenta mil pesos ML ($250.000,00) no es necesario anexar muestra; pero si deberá anexar toda la información técnica del elemento o inserto, cartilla, o manual. Para los casos en que uno o varios dispositivos médicos no hayan sido usados en la institución, el oferente debe adjuntar conceptos escritos del personal que evaluó el producto en la Clínica; si un dispositivo médico no cuenta con éstos se deberán adjuntar como mínimo tres conceptos de trabajo de campo favorables, en instituciones de salud habilitadas.	**X**	**N/A**
8	**CERTIFICACION SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL INTEGRAL PARA LOS LITERALES:** Costos integrales de transporte a cargo del futuro contratista Oportunidad en la entrega no mayor a 72 horas calendario Pedido completo o según se requiera Condiciones y calidad en el servicio Solución para escasez Compromiso para cumplimiento normatividad rótulos, etiquetas, empaque Compromiso para devoluciones, cambio y reposición inmediata.	**X**	**N/A**

9	Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma. 1. Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	X	N/A
10	EL OFERENTE DEBERÁ CERTIFICAR POR ESCRITO que no se encuentra registrado como Infractor Ambiental, en el REGISTRO ÚNICO DE INFRACTORES AMBIENTALES (RUIA) del Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1333 del 21 de julio de 2009, "Por la cual se establece el procedimiento sancionatorio ambiental y se dictan otras disposiciones", o cualquiera que la modifique o derogue.	X	N/A

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Subintendente, **LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO**
Responsable de Activos Fijos.

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

Recepción de bienes No.001

Ciudad y Fecha: Envigado 31 de julio 2024
Hora: 14:00 horas
Lugar: Almacén Unidad Prestadora de Salud Antioquia
Carrera 43ª No. 48 C SUR 45 Barrio Primavera Envigado.

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN

Siendo las 14:00 horas del día 31 del mes julio del año 2024, se reúnen en el Almacén de la Unidad prestadora en Salud, el señor, SI. LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO, Almacenista y el señor SI. LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO, supervisor del contrato, con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. 102-7-20144-24, suscrito con la empresa ABA CIENTIFICA S.A.S, para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. 102-7-20144-24 de fecha: 17/07/2024 Adición No.___de fecha: _____
Plazo de ejecución del contrato, Cumplió: SI_X__ NO_____

OBJETO DEL CONTRATO:

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

ÍTEM	ORIGEN (FUENTE DE FINANCIAMIENTO)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BIEN / O LOTE (SERIE, CÓDIGO / MATERIAL ETC.)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	UPRES ANTIOQUIA	JABON CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA CON VALVULA DISPENSADORA ENTRE 800 CC Y 1000CC.	3		$ 30.181,00	$ 90.543,00
2	UPRES ANTIOQUIA	APOSITO TRASPARENTE PARA FIJACION DE CATETER CAJA POR 100 UNIDADES.	10		$ 122.011,00	$ 1.220.110,00
.				TOTAL...		**$1.310.653,00=**

- Entrega Parcial: SI___X___ NO_____, Observaciones:
- Entrega Total: SI_____ NO___X___, Observaciones:
- Los bienes decepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI_X____ NO_____, Observaciones
- El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual SI___X___ NO_____

OBSERVACIONES:

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ] **CERTIFICADOR** [ ]

REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA: **SI** [ ] **NO** [X] **NÚMERO** [ ]

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental.

ASISTENTES				
GR.	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**UNIDAD**	**CARGO**	**FIRMA**
SI.	LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO	UPRES	Almacenista (E)	
SI.	LUIS FERNANDO LOAIZA GALLEGO	UPRES	Supervisor del contrato	

Fecha y hora generación: 2024-07-31T11:26:13.720-05:00 Mov: 516264

ABA CIENTÍFICA S.A.S.
NIT 800158193-4
PBX (604) 444 6303
abacientifica@aba.com.co
CRA 58 # 9-40 Medellín, Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE220007
Fecha factura: 31-07-2024
Fecha vencimiento: 29-09-2024
Forma de pago: CREDITO
OC: SOL-CORREO-20240703

CLIENTE : UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA
NIT : 901363087
DIRECCIÓN : CR 43 A 48 C SUR 45
TELÉFONO : 3396728-3506656777
CIUDAD : ENVIGADO
CONTRATO : 102-8-20144-24

DIRECCIÓN DE ENVÍO:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA (CL POLICIA)
CR 43

TELÉFONO: CR 43 A 48 C SUR 45 -
MEDELLIN HORARIO: 7:00 a 11:30 am - 2:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT	PRECIO	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
A: 4001	TEGADERM 6 X 7 CM (UND)	1000	1.220,11	1.220.110,00	0,00	1.220.110,00
C: 42221803	LOTE: 33X5YH VENCE: 2027-03-24 REF: 1624W UMV: UND					
PED: 128789	RS: 2015DM- VENCE: 2025-06-23 CUM: NO APLICA MARCA: 3M					

ACUERDOS:

OBSERVACIONES/COMENTARIOS:

SUBTOTAL	**$**	**1.220.110,00**
IVA	**$**	**,00**
TOTAL	**$**	**1.220.110,00**
RTE FTE	**$**	**,00**

SON: UN MILLON DOSCIENTOS VEINTE MIL CIENTO DIEZ CON CERO CENTAVOS

- RESPONSABLE DE IVA, NO SOMOS AUTORETENEDORES
- NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, CÓDIGO CIUU 4645
- FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION DE ICA ,SOMOS AUTORETENEDORES EN EL MUNICIPIO DE MEDELLIN A PARTIR DEL 2022-01-01 SEGUN RESOLUCION No 202150186360 DEL 2021-12-22

Consignar en la cuenta de Ahorros Bancolombia N° 005-158193-04 Convenio 25579.
RESOLUCIÓN DE NUMERACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA N. 18764063799517 DE 2024-01-16 AL 2025-01-16 AUTORIZA DEL FE 213001 al FE 223000
Su información será tratada bajo las disposiciones de nuestra política de protección de datos, si desea consultarla ingrese a www.aba.com.co
Asesor Comercial: Ivan Darlo Piedrahita -
Elaborado: Zoraida Molina **Despachado: Silvana Hoyos Garca**

RECIBIDO POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE ANTIOQUIA
31 JUL 2024
ALMACÉN
RECIBE

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE: 6b54b82e61d4428ed472bfbfc492c60ed1ab88afcd10904cabee84f1557f0ca8a99f20324966ee1d8f18a941022c8e4e

Emitido a través GetFEL

Fecha y hora generación: 2024-07-31T08:00:53.725-05:00 Mov: 516238

ABA CIENTÍFICA S.A.S.
NIT 800158193-4
PBX (604) 444 6303
abacientifica@aba.com.co
CRA 58 # 9-40 Medellín, Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FE220004
Fecha factura: 31-07-2024
Fecha vencimiento: 29-09-2024
Forma de pago: CREDITO
OC: -20240731 - préstamo Nro 3722

CLIENTE : UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA
NIT : 901363087
DIRECCIÓN : CR 43 A 48 C SUR 45
TELÉFONO : 3396728-3506656777
CIUDAD : ENVIGADO
CONTRATO : 102-8-20144-24

DIRECCIÓN DE ENVÍO:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA (CL POLICIA) CR 43

TELÉFONO: CR 43 A 48 C SUR 45 -
MEDELLIN HORARIO: 7:00 a 11:30 am - 2:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT	PRECIO	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
A: 6541	WESCOHEX JABON CLORHEXIDINA 2% (BLSx850 ML)	3	30.181,00	90.543,00	0,00	90.543,00
C: 42281703	LOTE: 240101390 VENCE: 2025-11-30 REF: PT0303005007 UMV: BLSx850ML					
PED: 129607	RS: 2021M- VENCE: 2026-06-09 CUM: 20092761-10 MARCA: WEST					

ACUERDOS:

OBSERVACIONES/COMENTARIOS:
Pago préstamo Nro 3722

SUBTOTAL	**$**	**90.543,00**
IVA	**$**	**,00**
TOTAL	**$**	**90.543,00**
RTE FTE	**$**	**,00**

SON: NOVENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES CON CERO CENTAVOS

- RESPONSABLE DE IVA, NO SOMOS AUTORETENEDORES
- NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, CÓDIGO CIUU 4645
- FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION DE ICA ,SOMOS AUTORETENEDORES EN EL MUNICIPIO DE MEDELLIN A PARTIR DEL 2022-01-01 SEGUN RESOLUCION No 202150186360 DEL 2021-12-22

Consignar en la cuenta de Ahorros Bancolombia N° 005-158193-04 Convenio 25579.
RESOLUCIÓN DE NUMERACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA N. 18764063799517 DE 2024-01-16 AL 2025-01-16 AUTORIZA DEL FE 213001 al FE 223000
Su información será tratada bajo las disposiciones de nuestra política de protección de datos, si desea consultarla ingrese a www.aba.com.co
Asesor Comercial: Ivan Dario Piedrahita -
Elaborado: Zoraida Molina **Despachado: Generico**

POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE ANTIOQUIA

RECIBIDO
Nombre:
Fecha: 31 JUL 2024
ALMACÉN
RECIBE

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FACTURA ELECTRÓNICA

CUFE: bf3371fd46a2f76643fe0bb61c21f7039766e375db1fa47575a0a34dda757f7cf35e142d286d4a2e6d07d9b0e25628c3

Emitido a través de GetFEL

Medellín, julio 5 del año 2024

CERTIFICACIÓN DE LA REVISORA FISCAL

Lina María Osorio Correa, identificada con la cédula de ciudadanía **N° 43.270.509**, expedida en la ciudad de Medellín y con Tarjeta Profesional N° **164.945-T**, en calidad de **Revisora Fiscal Principal** de la empresa **ASESORES BIOCIENTÍFICOS ASOCIADOS S.A.S.**, identificada con el **NIT** N° **800.158.193-4**, me permito informar lo siguiente:

Luego de examinar los libros de contabilidad y los comprobantes de egreso correspondientes a los meses de **febrero del año 2024 a julio del año 2024**, relacionados con la cancelación de los aportes a la Seguridad Social y Parafiscales, la sociedad se encuentra sin saldos pendientes por pagar al mes de **enero del año 2024 a junio del año 2024**.

De conformidad con la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 y el artículo 7 del Decreto 1828 de 2013, la compañía se encuentra exonerada de los pagos de Aportes Parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje **(Sena)**, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar **(ICBF)** y de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud en la parte correspondiente al empleador, para los trabajadores que devenguen menos de diez **(10)** salarios mínimos mensuales legales vigentes.

El presente documento se suministra para cumplir con lo establecido en el **artículo 50 de la Ley 789 del año 2002** y el **artículo primero de la Ley 828 del año 2003**, los cuales hacen relación a los Aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales.

Atentamente,

LINA MARÍA OSORIO CORREA
Revisora Fiscal Principal
T.P N° 164.945- T
Designada por la firma RPIEDRAHÍTA AUDITORES & ASOCIADOS S.A.S.

Certificado
Bancario

Miércoles, 3 de julio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ASESORES BIOCIENTIFICOS ASOCIADOS SAS identificado(a) con NIT 800158193, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	00515819304	1993/11/26	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14990818652

(415)7707212489984(8020) 000001499081865 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 8 1 9 3	4	Impuestos de Medellín 1 1	

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
ASESORES BIOCIENTIFICOS ASOCIADOS S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
ASESORES BIOCIENTIFICOS ASOCIADOS ABA CIENTIFICA	ABA CIENTIFICA SAS

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 58 9 40

42. Correo electrónico contabilidad@aba.com.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 1 3 0 5 0 1	4 7 7 3	2 0 1 3 0 5 0 1		4 6 6 9	4 6 5 9		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 10 14 33 42 48 52 55

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código: 2 3

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 2024 - 03 - 15 / 08 : 58: 17

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 VASQUEZ ARANGO STELLA MARIA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 05-07-2024 02:01:16PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 6 Hoja 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14990818652

(415)7707212489984(8020) 000001499081865 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 8 1 9 3	4	Impuestos de Medellín	1 1

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 5	0 1
72. Número	1 5 7	1 8
73. Fecha	1 9 9 2 0 1 3 0	2 0 1 8 0 4 0 4
74. Número de notaría	1 4	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 2 0 3 2 6	2 0 1 8 0 4 1 0
77. No. Matrícula mercantil	2 1 1 6 6 6 4 4 0 4	2 1 1 6 6 6 4 4 1 2
78. Departamento	0 5	0 5
79. Ciudad/Municipio	0 2 1	0 2 1
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 2 0 1 3 0	2 0 1 8 0 4 0 4
81. Hasta	2 0 2 0 1 2 3 1	3 0 0 0 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 5 0 1 0 1		-
2	2 1	2 0 1 8 0 4 0 4		-
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 6 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14990818652

(415)7707212489984(8020) 000001499081865 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 8 1 9 3	4	Impuestos de Medellín	1 1

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 6 0 1 2 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	4 2 8 7 6 6 2 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VASQUEZ	ARANGO	STELLA	MARIA

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 8 1 1 2 8

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VASQUEZ	ARANGO	CARLOS	ENRIQUE

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

001

Página 4 de 6 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14990818652

(415)7707212489984(8020) 000001499081865 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 8 1 9 3	4	Impuestos de Medellín	1 1

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	4 2 8 7 6 6 2 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
VASQUEZ	ARANGO	STELLA	MARIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 6 0 3 1 8	

2

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ECHAVARRIA	ESTRADA	OSCAR	MAURICIO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 1 0 4 0 6	

3

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BERNAL	CORTES	DIEGO	FERNANDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 1 0 4 0 6	

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: 14990818652

(415)7707212489984(8020) 000001499081865 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 8 1 9 3	4	Impuestos de Medellín	1 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 2 7 0 5 0 9		1 6 4 9 4 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
OSORIO	CORREA	LINA	MARIA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 9 0 9 3 6 7 7 2	4	RPIEDRAHITA AUDITORES & ASOCIADOS S.A.S.

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 0 6 2 3

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 8 4 7 5 2 9 5		3 1 0 8 4 1 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
VELASQUEZ	DIAZ	YULIANA	

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 9 0 9 3 6 7 7 2	4	RPIEDRAHITA AUDITORES & ASOCIADOS S.A.S.

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 1 2 9

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 6 6 0 3 0 5 7	1	1 8 5 0 8 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
POSADA	MONTOYA	INGRI	JULIANA

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 9 2 7

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO