CLINICA VETERINARIA FUNZA

CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S
Nit: 900.590.316-7
CLL 11 # 11-35 FUNZA
TEL: 8263268/ 8237247
Cel:3114770015
IVA REGIMEN COMUN

Autorizacion Resolucion de Facturacion DIAN No.18764068305106 desde 2024-04-02 Numeracion autorizada 30390 - 34000

N° VFVE33718

Cliente	ALCADIA DE FUNZA	**Fecha**	05/09/2024
Documento	899999433	**Telefono**	601 8234070
Direccion	FUNZA	**Correo**	secretariaambiente@funza-cundinamarca.gov.co

Nota:

#	Cantidad	Descripcion	Precio Unitario	Iva	Descuento (%)	Precio Total
1	1	CUENTA Nº 01 DEL PERIODO CONTRACTUAL DEL 27 DE JUNIO AL 26 DE JULIO DE 2024 CORRESPONDIENTE A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICO VETERINARIOS EN CLINICA VETERINARIA INTEGRAL PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS DE ANIMALES DE LA SECRETARIA DE AMBIENTE Y BIENESTAR ANIMAL DEL MUNICIPIO DE FUNZA PARA 2024 CONTRATO Nº SAMC20240701 PROCESO SECOP CO.SLCNTR.13032301	34,036,500	0%	0%	34,036,500

Total Items	1
Subtotal	34,036,500
Iva	0
Descuento	0
Total a pagar	34,036,500

Detalle de Factura

Medio de pago	BANK_TRANSFER
Tipo de pago	CREDITO
Fecha Vencimiento	05/10/2024
Vendedor	Ivan Dario Duque Diaz
Valor en letras	TREINTA Y CUATRO MILLONES TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS

CUFE: d49fcaa3aa1c318e0a2b6c32bb4f89c0b7cd9b9c86174e3109ace74704f8de79f69aef03d78c9dac672ef2ab09ab41e6

Software Vetesoft fabricado por Vision Veterinaria Marquetingnet SAS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003054901

(415)7707212489984(8020) 000014100305490 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 9 0 3 1 6	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

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
CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

41. Dirección principal
CL 11 11 35

42. Correo electrónico clinicaveterinariafunza@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 8 2 3 7 2 4 7	3 1 1 4 7 7 0 0 1 5

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
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 2024 - 03 - 29 / 18 : 21: 43

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 DUQUE DIAZ IVAN DARIO

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: 141003054901

(415)7707212489984(8020) **000014100305490 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 9 0 3 1 6	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
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: 141003054901

(415)7707212489984(8020) **000014100305490 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 9 0 3 1 6	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 3 0 2 0 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 1 6 0 8 7 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DUQUE	DIAZ	IVAN	DARIO

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
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003054901

(415)7707212489984(8020) **000014100305490 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 5 9 0 3 1 6	7	Impuestos de Bogotá	3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

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

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

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

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 2 6 8 4 6		6 5 4 3 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANCHEZ	OLMOS	FLOR	ALBA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Estado de la Empresa o Persona

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003054901

(415)7707212489984(8020) **000014100305490 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos de Bogotá 3 2	

Estado y beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 3 0 2 0 7		-
2		AAAA MM DD		-
3		AAAA MM DD		-
4		AAAA MM DD		-
5		AAAA MM DD		-
6		AAAA MM DD		-
7		AAAA MM DD		-
8		AAAA MM DD		-
9		AAAA MM DD		-
10		AAAA MM DD		-
11		AAAA MM DD		-
12		AAAA MM DD		-
13		AAAA MM DD		-
14		AAAA MM DD		-
15		AAAA MM DD		-
16		AAAA MM DD		-
17		AAAA MM DD		-
18		AAAA MM DD		-
19		AAAA MM DD		-
20		AAAA MM DD		-
21		AAAA MM DD		-
22		AAAA MM DD		-

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Funza, 01 de Septiembre 2024

Señores:

SECRETARIA DE HACIENDA

Municipio de Funza

El suscrito representante Legal de la **CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S** NIT: 900590316-7 hace constar que la cuantía total del contrato de prestación de servicios No SAMC20240701 de 2024; celebrado con la Administración del Municipio de Funza se encuentra exento en su totalidad de IVA en concordancia con la Ley 2010 del 27 de Dic de 2019, articulo 11, numeral 24, inciso o.

Atentamente,



IVAN DARIO DUQUE DIAZ

Representante Legal

Clinica Veterinaria Funza S.A.S

Cc 79.160.877

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S	calle 11 # 11-35	8263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	D – Ley 1429		CUNDINAMARCA	FUNZA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				9	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	31/05/2024	77513188	$7,544,800	

Junio

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Extranjero	Cotiza en otro país	Exonerado	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000517950	PARRA SANCHEZ LAURA VALENTINA	1	0			S																230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	2	15.700	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
2	CC	1014215597	DUQUE GALVIS DARIO SANTIAGO	1	0			S							X									230301	5.250.000	840.000	0	0	26.300	26.300	EPS017	5.250.000	210.000	14-11	5.250.000	2	54.900	CCF22	5.250.000	210.000	0	0	0	0	0
3	CC	1018435998	DELGADO VARGAS JULIETH ANDREA	1	0			S																230301	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS056	3.700.000	148.000	14-11	3.700.000	2	38.700	CCF22	3.700.000	148.000	0	0	0	0	0
4	CC	1073249448	BENAVIDES MELO DAVID STEVEN	1	0			S							X									231001	1.385.320	221.700	0	0	0	0	EPS017	1.385.320	55.500	14-11	1.385.320	2	14.500	CCF22	1.385.320	55.500	0	0	0	0	0
5	CC	1073507852	RODRIGUEZ GARCIA MARTHA LORENA	1	0			S																230201	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS056	3.200.000	128.000	14-11	3.200.000	2	33.500	CCF22	3.200.000	128.000	0	0	0	0	0
6	CC	1073508508	BENAVIDES MELO LIZETH DAYANY	1	0			S																230301	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS017	3.700.000	148.000	14-11	3.700.000	2	38.700	CCF22	3.700.000	148.000	0	0	0	0	0
7	CC	1073511381	SIERRA UMBARILA DIANA PAOLA	1	0			S								X								230301	2.603.346	416.800	0	0	0	0	EPS056	2.603.346	104.200	14-11	2.603.346	2	27.200	CCF22	2.603.346	104.200	0	0	0	0	0
8	CC	39353788	PEREZ PAREDES YOLANDA	1	0			S								X								230301	2.333.333	373.400	0	0	0	0	EPS017	2.333.333	93.400	14-11	2.333.333	2	24.400	CCF22	2.333.333	93.400	0	0	0	0	0
9	CC	79160877	DUQUE DIAZ IVAN DARIO	1	0			S																25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS017	6.000.000	240.000	14-11	6.000.000	2	62.700	CCF22	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S	calle 11 # 11-35	6018263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	D – Ley 1429			CUNDINAMARCA	FUNZA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	08/07/2024	78474176	$7.636.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Estudiante	Cotiza exterior	Dependiente	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014215597	DUQUE GALVIS DARIO SANTIAGO	1	0			S																	230301	4.500.000	720.000	0	0	0	0	EPS017	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	2	47.000	CCF22	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
2	CC	1019435998	DELGADO VARGAS JULIETH ANDREA	1	0			S								X									230301	2.713.333	434.200	0	0	0	0	EPS005	2.713.333	108.500	14-11	2.713.333	2	28.400	CCF22	2.713.333	108.500	0	0	0	0	0
3	CC	1019436998	DELGADO VARGAS JULIETH ANDREA	1	0			S												X					230301	1.480.000	236.800	0	0	0	0	EPS005	1.480.000	59.200	14-11	1.480.000	2	0	CCF22	1.480.000	59.200	0	0	0	0	0
4	CC	1073507852	RODRIGUEZ GARCIA MARTHA LORENA	1	0			S																	230201	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.200.000	128.000	14-11	3.200.000	2	33.500	CCF22	3.200.000	128.000	0	0	0	0	0
5	CC	1073508506	BENAVIDES MELO LIZETH DAYANY	1	0			S																	230301	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS017	3.700.000	148.000	14-11	3.700.000	2	38.700	CCF22	3.700.000	148.000	0	0	0	0	0
6	CC	1073511391	SIERRA UMBARILA DIANA PAOLA	1	0			S								X									230301	2.456.872	393.100	0	0	0	0	EPS005	2.456.872	98.300	14-11	2.456.872	2	25.700	CCF22	2.456.872	98.300	0	0	0	0	0
7	CC	39353789	PEREZ PAREDES YOLANDA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	2	20.900	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
8	CC	79160677	DUQUE DIAZ IVAN DARIO	1	0			S																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS017	6.000.000	240.000	14-11	6.000.000	2	62.700	CCF22	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0
9	CC	1073249448	BENAVIDES MELO DAVID STEVEN	1	0			S									X								231001	1.679.199	268.700	0	0	0	0	EPS017	1.679.199	67.200	14-11	1.679.199	2	17.800	CCF22	1.679.199	67.200	0	0	0	0	0
10	CC	1080517850	PARRA SANCHEZ LAURA VALENTINA	1	0			S									X								230301	1.515.625	242.500	0	0	0	0	EPS017	1.515.625	60.700	14-11	1.515.625	2	15.900	CCF22	1.515.625	60.700	0	0	0	0	0
11	CC	1013240297	RODRIGUEZ SALAZAR LAURA VALENTINA	1	0			S	X								X								230301	993.974	159.100	0	0	0	0	EPS005	993.974	39.800	14-11	993.974	2	10.400	CCF22	993.974	39.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S		calle 11 # 11-35	6018263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	D – Ley 1429			CUNDINAMARCA	FUNZA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-07	E	05/08/2024	79252096	$7.820.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014215597	DUQUE GALVIS DARIO SANTIAGO	1	0			S																	230301	4.500.000	720.000	0	0	0	0	EPS017	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	2	47.000	CCF22	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
2	CC	1018435998	DELGADO VARGAS JULIETH ANDREA	1	0			S								X									230301	3.453.333	552.600	0	0	0	0	EPS005	3.453.333	138.200	14-11	3.453.333	2	36.100	CCF22	3.453.333	138.200	0	0	0	0	0
3	CC	1018435998	DELGADO VARGAS JULIETH ANDREA	1	0			S													X				230301	740.000	118.400	0	0	0	0	EPS005	740.000	29.600	14-11	740.000	2	0	CCF22	740.000	29.600	0	0	0	0	0
4	CC	1073507652	RODRIGUEZ GARCIA MARTHA LORENA	1	0			S									X								230201	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	2	16.800	CCF22	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
5	CC	1073507652	RODRIGUEZ GARCIA MARTHA LORENA	1	0			S													X				230201	1.920.000	307.200	0	0	0	0	EPS008	1.920.000	76.800	14-11	1.920.000	2	0	CCF22	1.920.000	76.800	0	0	0	0	0
6	CC	1073508508	BENAVIDES MELO LIZETH DAYANY	1	0			S																	230301	3.700.000	592.000	0	0	0	0	EPS017	3.700.000	148.000	14-11	3.700.000	2	38.700	CCF22	3.700.000	148.000	0	0	0	0	0
7	CC	1073511381	SIERRA UMBARILA DIANA PAOLA	1	0			S									X								230301	2.630.844	421.000	0	0	0	0	EPS005	2.630.844	105.300	14-11	2.630.844	2	27.500	CCF22	2.630.844	105.300	0	0	0	0	0
8	CC	35353788	PEREZ PAREDES YOLANDA	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	2	20.900	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
9	CC	79160877	DUQUE DIAZ IVAN DARIO	1	0			S																	25-14	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS017	6.000.000	240.000	14-11	6.000.000	2	62.700	CCF22	6.000.000	240.000	0	0	0	0	0
10	CC	1073249448	BENAVIDES MELO DAVID STEVEN	1	0			S									X								231001	1.630.404	260.900	0	0	0	0	EPS017	1.630.404	65.300	14-11	1.630.404	2	17.100	CCF22	1.630.404	65.300	0	0	0	0	0
11	CC	1000517950	PARRA SANCHEZ LAURA VALENTINA	1	0			S									X								230301	1.617.195	258.800	0	0	0	0	EPS017	1.617.195	64.700	14-11	1.617.195	2	16.900	CCF22	1.617.195	64.700	0	0	0	0	0
12	CC	1010240297	RODRIGUEZ SALAZAR LAURA VALENTINA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	2	13.600	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S		calle 11 # 11-35	8263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	D – Ley 1429			CUNDINAMARCA	FUNZA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				9	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	31/05/2024	77513188	$7.544.800	

JUNIO

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.200	0		0		0	0	0	0	252.200	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	126.000	0		0		0	0	0	0	126.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	806.900	0		0		0	0	0	0	806.900	6

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	512.000	0	0	0	0	0	0		512.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	3.054.000	0	0	26.300	26.300	0	0		3.106.600	6
231001	Colfondos	800227940-6	221.700	0	0	0	0	0	0		221.700	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	310.300				310.300	0	0	310.300			3.103	310.300	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.187.100	0	0	1.187.100	9

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora .	Total a Pagar
Salud	3	1.187.100	1.187.100
Pensión	4	4.860.300	4.860.300
Riesgos Laborales	1	310.300	310.300
CCF	1	1.187.100	1.187.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	7.544.800	7.544.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S		calle 11 # 11-35	6018263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	D – Ley 1429			CUNDINAMARCA	FUNZA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-07	E	05/08/2024	79252096	$7.820.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	325.100	0		0		0	0	0	0	325.100	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	140.800	0		0		0	0	0	0	140.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	778.000	0		0		0	0	0	0	778.000	6

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	563.200	0	0	0	0	0	0		563.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	3.190.800	0	0	0	0	0	0		3.190.800	7
231001	Colfondos	800227940-6	260.900	0	0	0	0	0	0		260.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	297.300				297.300	0	0	297.300			2.973	297.300	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.243.900	0	0	1.243.900	10

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.243.900	1.243.900
Pensión	4	5.034.900	5.034.900
Riesgos Laborales	1	297.300	297.300
CCF	1	1.243.900	1.243.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	7.820.000	7.820.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S		calle 11 # 11-35	6018263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	D – Ley 1429			CUNDINAMARCA	FUNZA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-07	E	05/08/2024	79252096	$7.820.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	325.100	0		0		0	0	0	0	325.100	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	140.800	0		0		0	0	0	0	140.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	778.000	0		0		0	0	0	0	778.000	6

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	563.200	0	0	0	0	0	0		563.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	3.190.800	0	0	0	0	0	0		3.190.800	7
231001	Colfondos	800227940-6	260.900	0	0	0	0	0	0		260.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	297.300				297.300	0	0	297.300			2.973	297.300	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.243.900	0	0	1.243.900	10

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.243.900	1.243.900
Pensión	4	5.034.900	5.034.900
Riesgos Laborales	1	297.300	297.300
CCF	1	1.243.900	1.243.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	7.820.000	7.820.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900590316-7	Clinica Veterinaria S.A.S	calle 11 # 11-35	6018263268	clinicaveterinariafunza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	D – Ley 1429		CUNDINAMARCA	FUNZA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 10 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-07	2024-06	E	08/07/2024	78474176	$7.636.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	305.900	0		0		0	3	700	0	306.600	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	128.000	0		0		0	3	300	0	128.300	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	775.900	0		0		0	3	1.800	0	777.700	6

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	512.000	0	0	0	0	3	1.200	0	513.200	1
230301	Porvenir	800224808-8	3.097.700	0	0	0	0	3	7.000	0	3.104.700	7
231001	Colfondos	800227940-6	268.700	0	0	0	0	3	700	0	269.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	960.000	0	0	30.000	30.000	3	2.200	200	1.022.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	300.800				300.800	3	700	301.500			3.008	301.500	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.209.800	3	2.800	1.212.600	10

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.209.800	1.212.600
Pensión	4	4.898.400	4.909.700
Riesgos Laborales	1	300.800	301.500
CCF	1	1.209.800	1.212.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	7.618.800	7.636.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION PAGO APORTES EN PENSION, SALUD Y PARAFISCALES

De conformidad con lo dispuesto de la ley 50/90 y 100/93 en mi calidad de contador de la **CLINICA VETERINARIA FUNZA SAS** con **NIT. 900.590.316-7** certifico:

- Que la entidad tiene afiliado al Régimen contributivo en salud a los trabajadores vinculados directamente, para lo cual se haya a paz y salvo en las distintas entidades promotoras de salud.

- De igual manera los trabajadores se hayan vinculados según la ley de 1990 a las Administradoras de Fondos de pensiones.

- La empresa tiene al conjunto de trabajadores vinculados directamente afilados al Régimen de Riesgos Laborales a través de Administrador de Riesgos Laborales ARL Sura y a la fecha se haya a Paz y Salvo.

- Los aportes parafiscales a Caja de Compensación Familiar Colsubsidio están cancelados y a paz y salvo a la fecha.

En consecuencia, me permito dar fe que la CLINICA VETERINARIA FUNZA SAS cumple con todos los requisitos exigidos en aportes de salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales.

Se expide el primer día del mes de Septiembre del año dos mil veinticuatro (2024)



FLOR ALBA SANCHEZ OLMOS
CONTADOR PUBLICO
CC#65.726.846
TP-65.437-T



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.726.846
SANCHEZ OLMOS
APELLIDOS
FLOR ALBA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1965
FUNZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
21-SEP-1983 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00744534-F-0065726846-20150907 0046296755A 1 25705001

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

65437-T



FLOR ALBA
SANCHEZ OLMOS
C.C. 65726846
RESOLUCION INSCRIPCION 43 FECHA 1999/05/27
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

PRESIDENTE

LUIS ALONSO GOMEZARES RODRÍGUEZ 73592

47729

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.

DUPLICADO

Powered by CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 4 B 3 A D 6 8 D 4 2 1 6 3 F B

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 **FLOR ALBA SANCHEZ OLMOS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 65726846 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 65437-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 26 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

CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 01/08/2024 - 08:42:07
Recibo No. S000936092, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN F7ByN6Bg1v

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=47 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S.
Nit : 900590316-7
Domicilio: Funza, Cundinamarca

MATRÍCULA

Matrícula No: 79841
Fecha de matrícula: 07 de febrero de 2013
Ultimo año renovado: 2024
Fecha de renovación: 29 de marzo de 2024
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CL 11 N. 11 - 35
Municipio : Funza, Cundinamarca
Correo electrónico : clinicaveterinariafunza@hotmail.com
Teléfono comercial 1 : 6018263268
Teléfono comercial 2 : 3114770015
Teléfono comercial 3 : 3007972708

Dirección para notificación judicial : CL 11 N. 11 - 35
Municipio : Funza, Cundinamarca
Correo electrónico de notificación : clinicaveterinariafunza@hotmail.com
Teléfono para notificación 1 : 6018263268
Teléfono notificación 2 : 3114770015
Teléfono notificación 3 : 3007972708

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado No. 1 del 02 de enero de 2013 de la Constitucion Por Doc. Privado de Funza, inscrito en esta Cámara de Comercio el 07 de febrero de 2013, con el No. 22612 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S.

OBJETO SOCIAL

Objeto social: La sociedad tendrá como objeto principal la prestación de servicios relacionados con la salud animal, la compra y venta de productos veterinarios alimentos y accesorios para mascotas en general. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita tanto en colombia como en el extranjero. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la prestación de servicios profesionales en veterinaria de la sociedad.

CAPITAL

	* CAPITAL AUTORIZADO *
Valor	$ 40.000.000,00
No. Acciones	1.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 40.000,00
	* CAPITAL SUSCRITO *
Valor	$ 40.000.000,00
No. Acciones	1.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 40.000,00
	* CAPITAL PAGADO *
Valor	$ 40.000.000,00
No. Acciones	1.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 40.000,00

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Facultades del representante legal: La representación legal de la sociedad por acciones simplificada estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista, quien no tendrá suplentes, designado para un término de un año por la asamblea general de accionistas. La sociedad será representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre. Por lo tanto, se entenderá que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad. El representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal. Le está prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado No. 1 del 02 de enero de 2013 de la Constitucion Por Doc. Privado, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 07 de febrero de 2013 con el No. 22612 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	IVAN DARIO DUQUE DIAZ	C.C. No. 79.160.877

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 01/08/2024 - 08:42:07
Recibo No. S000936092, Valor 7900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN F7ByN6Bg1v

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=47 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: M7500
Actividad secundaria Código CIIU: No reportó
Otras actividades Código CIIU: No reportó

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $1.313.896.000,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : M7500.

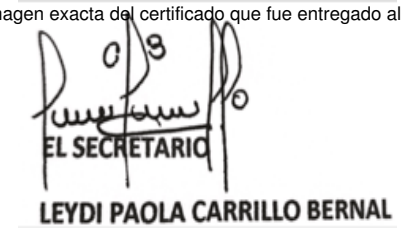
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE FACATATIVA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **CLINICA VETERINARIA FUNZA S A S** identificado(a) con **número 900.590.316** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Comercio No 00130294000100000575** aperturada el **30 de julio de 2013**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **294000575**
10 dígitos: **0294000575**
16 dígitos: **0294000100000575**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **15** de **agosto** de **2024** a las **17:03**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDECIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

ALCALDÍA DE FUNZA	ACTA DE INICIO (Acta No. 01)
	11-FR-13

CONTRATO	No. SAMC20240701
TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MÉDICO VETERINARIOS EN CLÍNICA VETERINARIA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ANIMALES DE LA SECRETARÍA DE AMBIENTE Y BIENESTAR ANIMAL DEL MUNICIPIO DE FUNZA PARA 2024
CONTRATISTA	CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S
NIT/CC	900590316
SUPERVISOR	ALEXANDRA BUITRAGO GUACANEME
VALOR DEL CONTRATO:	OCHENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS (84,000,000.00)
PLAZO DE EJECUCION:	El plazo de ejecución será de 6 meses y/o hasta agotar el presupuesto
FECHA DE TERMINACIÓN:	26/12/2024

En el Municipio de Funza nos reunimos en el sitio de ejecución del contrato: **IVAN DARIO DUQUE DIAZ** en su calidad de Representante Legal de la empresa **CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S**, y **ALEXANDRA BUITRAGO GUACANEME** supervisor; con el fin de dejar constancia del inicio real y efectivo de la ejecución del presente contrato una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento , legalización y ejecución del mismo, así:

Fecha de suscripción del contrato: 26/06/2024

Acta de aprobación de las garantías: 26/06/2024

Registro presupuestal: Número 2024001023 de fecha 27/06/2024

A partir de la fecha de suscripción de esta acta se empieza a contar el plazo de ejecución contractual.

Para constancia, se firma en Funza, Cundinamarca con fecha: **27/06/2024**

ALEXANDRA BUITRAGO GUACANEME
SECRETARIA DE DESPACHO
SECRETARIA DE AMBIENTE Y BIENESTAR ANIMAL
Documento 1016014378
Supervisor

IVAN DARIO DUQUE DIAZ
79160877
Representante Legal
CLINICA VETERINARIA FUNZA S.A.S
900590316
Contratista

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA
Proyectó	Angela C Mendivelso Durán	Técnico Administrativo	


ALCALDÍA
DE FUNZA
SECRETARIA
JURÍDICA
26 JUN 2024
Hora: 4:23
pm
Recibí:

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Número del Contrato:	SAMC20240701 de 2024		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MÉDICO VETERINARIOS EN CLÍNICA VETERINARIA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE ANIMALES DE LA SECRETARÍA DE AMBIENTE Y BIENESTAR ANIMAL DEL MUNICIPIO DE FUNZA PARA 2024		
Contratista:	Clinica Veterinaria Funza S.A.S.		
NIT:	900.590.316-7		
Fecha Inicio del Contrato	27 de Junio de 2024	Fecha de Terminación	26 de diciembre de 2024
Fecha de elaboración del informe	02 de Septiembre de 2024	Periodo del Informe	27 de Junio al 26 de Julio de 2024

Valor Total del Contrato	($ 84.000.000) Ochenta y cuatro millones de pesos mda cte
Valor a Pagar en este periodo	$ **(34.036.500)** Treinta y cuatro millones treinta y seis mil quinientos pesos mda cte
Saldo por Pagar	$ **(49.963.500)** Cuarenta y nueve millones novecientos sesenta y tres mil quinientos pesos mda cte
Pago No.	(1) Uno

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato SAMC20240701 de 2024, me permito relacionar las actividades ejecutadas durante el periodo 27 de Junio al 26 de Julio de 2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	OBSERVACIONES
1. 1.Tramitar las garantías exigidas por el municipio, mantenerlas actualizadas conforme las actuaciones que se presenten en la ejecución del contrato y cargarlas debidamente a través de la plataforma SECOP II para su revisión y posterior aprobación por parte de la Secretaría Jurídica.	Se tramitan las garantías exigidas Anexo: Póliza 25-40-101051260, Expedida el día 24 de Junio con vigencia desde 24 de junio de 2024 hasta el 31 de Diciembre 2024 Póliza 25-44-101192943, Expedida el día 24 de Junio 2024 con vigencia desde el 24 de junio de 2024 hasta el 31 de diciembre 2027

2. Prestar los servicios de atención médica y/o urgencia veterinaria veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana.	Se realiza atención medica veterinaria según especificaciones técnicas del servicio requerido. Durante el periodo reportado se realizaron los siguientes requerimientos: - (30) Treinta Consulta externa días ordinarios - (1) Una Consulta Externa Dominicales y Festivos - (20) Veinte Radiografía - (6) Seis Ecografía - (16) Dieciséis Prueba de Laboratorio Prequirúrgica - (1) Una Prueba de Laboratorio Infecciosa y Cultivos - (11) Once Prueba de laboratorio infecciosas y cultivos - (2) Dos Examen de Patologías y Citologías - (30) Treinta Examen de Hematologías y Química sanguínea - (2) Dos Uroanálisis - (2) Dos Coprológico - (1) Un Raspado de piel - (92) Noventa y Dos días Hospitalización - (3) Tres Profilaxis - (5) Cinco Cirugía de Tejidos Blandos - (3) Tres Cirugías de Ortopedia y Traumatología - (12) Doce Inmovilizaciones bajo anestesia - (81) Ochenta y un kilos Disposición final de Cadáveres - (3) Tres días Disposición de Unidad de cuidados Intensivos - (10) Diez Eutanasia - (2) Dos Servicio de peluquería con baño medicado Anexos: Treinta y tres (33) Historia clínica. Sesenta (60) Reportes de laboratorios clínicos Un (1) Reporte de Histopatología Diecinueve (19) Imágenes de Rayos X Tres (3) Imágenes de Ecografía

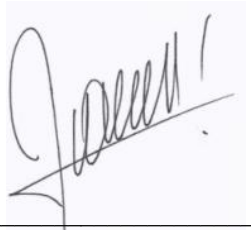
	Dieciséis (16) Formatos "Evoluciones Hospitalización" Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia" Certificado De Ecoentorno mes de Junio y Julio
3. Realizar apertura y diligenciamiento de historia clínica a los animales que sean remitidos por la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal la cual debe ser aportada en medio físico y digital al supervisor del contrato.	Se realiza apertura y diligenciamiento de 31 historias Clínicas, con su respectivo laboratorio según el requerimiento. Anexo: Treinta y tres (33) Historia clínica. Sesenta (60) Reportes de laboratorios clínicos Un (1) Reporte de Histopatología Diecinueve (19) Imágenes de Rayos X Tres (3) Imágenes de Ecografía
4. Realizar los procedimientos médicos veterinarios requeridos, de acuerdo a la valoración de ingreso, teniendo en cuenta los ítems incluidos en la ficha técnica del presente contrato, adjuntando todos los soportes a la historia clínica de cada paciente.	Se realizó los procedimientos médicos veterinarios requeridos, de acuerdo a la valoración de ingreso y adjuntando los soportes a la historia clínica de cada paciente. Durante el periodo reportado se realizaron los siguientes requerimientos: - (30) Treinta Consulta externa días ordinarios - (1) Una Consulta Externa Dominicales y Festivos - (20) Veinte Radiografía - (6) Seis Ecografía - (16) Dieciseis Prueba de Laboratorio Prequirúrgica - (1) Una Prueba de Laboratorio Infecciosa y Cultivos - (11) Once Prueba de laboratorio infecciosas y cultivos - (2) Dos Examen de Patologías y Citologías - (30) Treinta Examen de Hematologías y Química sanguínea - (2) Dos Uroanálisis - (2) Dos Coprológico - (1) Un Raspado de piel - (92) Noventa y Dos días Hospitalización - (3) Tres Profilaxis - (5) Cinco Cirugía de Tejidos Blandos

	- (3) Tres Cirugías de Ortopedia y Traumatología - (12) Doce Inmovilizaciones bajo anestesia - (81) Ochenta y un kilos Disposición final de Cadáveres - (3) Tres días Disposición de Unidad de cuidados Intensivos - (10) Diez Eutanasia - (2) Dos Servicio de peluquería con baño medicado Anexos: Treinta y tres (33) Historia clínica. Sesenta (60) Reportes de laboratorios clínicos Un (1) Reporte de Histopatología Diecinueve (19) Imágenes de Rayos X Tres (3) Imágenes de Ecografía Dieciséis (16) Formatos "Evoluciones Hospitalización" Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia" Certificado De Ecoentorno mes de Junio y Julio
5. Garantizar la alimentación del animal durante el periodo de hospitalización, adjuntando el informe de evolución de la hospitalización.	Se garantizó la alimentación del animal durante el periodo de hospitalización. Anexo: Dieciséis (16) Formatos "Evoluciones Hospitalización"
6. Garantizar la disposición final de cadáveres con un gestor autorizado por la autoridad ambiental competente, adjuntando el respectivo certificado.	Se realizó la disposición final de cadáveres con un gestor autorizado por la autoridad ambiental competente (ECOENTORNO), adjuntando el respectivo certificado. Anexo: Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia" Certificado Ecoentorno mes de Junio y Julio
7. Disponer de una unidad de cuidados intensivos para los animales que requieren medicina dedicada al soporte vital, supervisión y monitorización intensiva por su estado crítico de salud.	Disponemos de una unidad de cuidados intensivos para los animales que requieren medicina dedicada al soporte vital, supervisión y monitorización intensiva por su estado crítico de salud.

	Durante el periodo reportado se Garantizó 3 días de Unidad de Cuidados Intensivos a mascotas que necesitaron soporte vital Anexo: Dieciséis (16) Formatos "Evoluciones Hospitalización"
8. Realizar procedimiento de eutanasia conforme a protocolos legales vigentes, criterio del médico tratante y aprobación por parte del supervisor del contrato.	Se realizo los procedimientos de eutanasia conforme a protocolos legales vigentes, criterio del médico tratante y aprobación por parte del supervisor del contrato. Anexo: Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia"
9. Prestar el servicio de corte de pelo y baño genérico o medicado a los animales según indicación de la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal.	Durante el periodo reportado se prestaron 2 servicios de Baño medicado y Peluquería para la preparación de pacientes Quirúrgicos
10. Garantizar la presencia de profesionales, recursos técnicos y humanos idóneos para el desarrollo del contrato tal como se solicita en el equipo técnico y humano exigido.	Se garantizo la presencia de profesionales, recursos técnicos y humanos idóneos para el desarrollo del contrato tal como se solicita en el equipo técnico y humano exigido. Anexo: Planilla de Pago de Parafiscales del Mes de Junio a Agosto, contando el presente con: - (5) Cinco Médicos Veterinarios - (2) Dos Auxiliares Veterinarios - (2) Un Auxiliares Administrativos
11. Diligenciar y presentar los formatos de registro que sean preestablecidos por la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal.	Se diligenció y presentó los formatos de registro de los pacientes que fueron traídos por funcionarios de la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal. Anexos: Treinta y tres (33) Historia clínica. Sesenta (60) Reportes de laboratorios clínicos Un (1) Reporte de Histopatología Diecinueve (19) Imágenes de Rayos X Tres (3) Imágenes de Ecografía Dieciséis (16) Formatos "Evoluciones Hospitalización" Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia"

	Certificado De Ecoentorno mes de Junio y Julio
12. El contratista debe cumplir con el protocolo de Eutanasia establecido por el Instituto PM01-PR07-PT03.	Se realizo los procedimientos de eutanasia conforme a protocolos legales vigentes establecido por el Instituto PM01-PR07-PT03. Anexo: Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia"
13. El contratista debe de contar con cámara fotográfica para realizar registro fotográfico al momento de la salida del paciente	Se realiza el registro con cámara fotográfica de los pacientes que ingresan y salen de Clínica Veterinaria Funza
14. Hacer entrega del animal atendido a la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal adjuntando historia clínica al correo electrónico bienestaranimal@funza-cundinamarca.gov.co, e indicaciones y formula medica del tratamiento médico.	Se realizó la entrega de los animales atendidos a la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal adjuntando historia clínica en físico y de forma digital. Anexos: Treinta y tres (33) Historia clínica. Sesenta (60) Reportes de laboratorios clínicos Un (1) Reporte de Histopatología Diecinueve (19) Imágenes de Rayos X Tres (3) Imágenes de Ecografía Dieciséis (16) Formatos "Evoluciones Hospitalización" Diez (10) Formatos "Autorización de eutanasia" Certificado De Ecoentorno mes de Junio y Julio
15. Realizar y presentar un informe de ejecución de conformidad con la forma de pago donde indique las actividades realizadas y los logros obtenidos en la ejecución del objeto del contrato, en formato físico y digital a la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal y realizar y presentar un informe final, donde identifique los resultados finales obtenidos en la ejecución del objeto contractual, en formato físico y digital a la Secretaría de Ambiente y Bienestar Animal.	Se presento informe correspondiente al periodo informado (27 de Junio al 26 de Julio 2024) de forma física y digital. El informe final se presentará al terminar el contrato. Anexo: Informe periodo Junio- Julio

Se adjuntan soportes Digitales



Iván Darío Duque Diaz
Representante Legal
Clinica Veterinaria Funza SAS
Contratista