SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjmrincos	JENNY MARCELA RINCON SILVA
Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante	15-01-11-090	DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA
Fecha y Hora Sistema:	2024-08-06-6:35 p. m.	

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	253307724	Fecha Registro:	2024-07-29	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-11-090 DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	95024	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2024-08-02	Código de Referencia:		045007393000253307724	Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00	
Valor Bruto:	39.032.552,00	Valor Deducciones:		1.834.530,00	Valor Neto:	37.198.022,00	Saldo x Pagar:	0,00	

VALORES PAGADOS

TRM Pago		Valor Bruto	39.032.552,00	Valor Deducciones	1.834.530,00	Valor Neto	37.198.022,00	Moneda Base Compra		Valor MBC

REINTEGROS

Números				No Recaudo:	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	830120825	Razón Social:	LINEA MÉDICA DE AMBULANCIAS SAS	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	021869999598	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo:	Corriente	Estado:	Activa

TESORERIA		DOCUMENTO SOPORTE				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	Número:	95024	Tipo:	COMPROBANTE CONTABLE	Fecha:	2024-07-29

Tipo Beneficiario Pago: 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	INT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
15-01-11-090 DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA / A-02-02-02-006-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	16	SSF	39.032.552,00	0,00	39.032.552,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-05-01-07	RETEICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	899999707	MUNICIPIO DE NILO	0,700 %	273.228,00	273.228,00	
2-01-04-01-04-01	RETEFUENTE - SERVICIOS EN GENERAL - PERSONAS DECLARANTES	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	4,000 %	1.561.302,00	1.561.302,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	RECURSO FINANCIAL	ESTADO
15-01-11-090 - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-08-02	39.032.552,00	05 NINGUNO	Pagada

SV. JENNY MARCELA RINCÓN SILVA
TESORERIA DMTOL

MY. BRAYAN ADRIAN CABALLERO MAHECHA
ORDENADOR DEL GASTO DMTOL

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamcampo ANGELA MARCELA CAMPO CANOLES

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-090 DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA

Fecha y Hora Sistema: 2024-07-29-9:50 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	95024	**Fecha Registro:**	2024-07-25	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		15-01-11-090 DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere PIP:**	No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	20724
Valor Inicial:	39.032.552,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	39.032.552,00	**Saldo x Ordenar:**	39.032.552,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00			**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00
Valor Deducciones:	1.834.530,00	**Valor Neto:**	37.196.022,00			**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	18324
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00			**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	491478

TERCERO

Identificacion:	830120625	**Razon Social:**	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	001969999596	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR — **CAJA MENOR**

Numero:		**Tipo:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Identificacion:**		**Fecha de Registro:**	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	LMAE27682-27692-27671	**Tipo:**	CUMPLIDO A SATISFACCION	**Fecha:**	2024-07-19

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE
15-01-11-090 DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nacion	16	SSF	05-NINGUNO

FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
Total:	39.032.552,00	0,00	39.032.552,00	39.032.552,00

Objeto:	PRESTACIÃ"N DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA (TAB) Y COMPLEJIDAD MEDIANA (TAM) A USUARIOS

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-090 DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-12-31	Generada	39.032.552,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 899999707	MUNICIPIO DE NILO	39.032.552,00	0,700 %	273.228,00	273.228,00
2-01-04-01-04-01 RETEFUENTE - SERVICIOS EN GENERAL - PERSONAS DECLARANTES	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	39.032.552,00	4,000 %	1.561.302,00	1.561.302,00

Angela M. Campo C.
C.C. 43910965
AUXILIAR CONTABLE
ELABORÓ: ANGELA CAMPO
AUX CONTABLE DMTOL

MY. BRAYAN [illegible] CABALLERO MAHECHA
ORDENADOR DEL GASTO DMTOL

REVISO: OSCAR VILLATE
CONTADOR DMTOL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

95024

1119

Nilo, Cundinamarca 18 de Julio del 2024

Señor Mayor
BRAYAN ARVEY CABALLERO MAHECHA
Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL

Asunto: Entrega informe de supervisión contrato 161-DMTOL-2024

Respetuosamente me permito entregar al señor **Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL**, el primer (01) informe de supervisión del contrato 161-dmtol-2024 que tiene como objeto contractual **"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA (TAB) Y COMPLEJIDAD MEDIANA (TAM) A USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM QUE CONFORMAN LA REGIONAL NO. 10"**, contratista **LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S A S NIT. 830120825-5**.

Respetuosamente,

Sargento Viceprimero **Enived Cortes Romero**
Supervisora Contrato N° 161-dmtol-2024

DISPENSARIO MEDICO
DE TOLEMAIDA
FECHA: 19 JUL 2024
HORA: 14:20
5678 Escobar gaibon
ORDENES

Andrea Lorena Pontiers
OFICINA DEL EJERCITO
DIRECTOR

19/7/24
19:33:41

EJÉRCITO NACIONAL
PATRIA HONOR LEALTAD
Dispensario Médico de Tolemaida
Kilómetro 3 vía Melgar-Girardot
dmtolayudantia@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO	INFORME DE SUPERVISION N° 1 FECHA INFORME : 17 de Julio del 2024
CONTRATO Y/O ACUERDO N° 181-DMTOL-2024	FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:04 DE MAYO 2024

1: INFORMACIÓN DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA (TAB) Y COMPLEJIDAD MEDIANA (TAM) A USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM QUE CONFORMAN LA REGIONAL NO. 10

NOMBRE DEL CONTRATISTA:LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS		NIT: 830.126.825-5		CUENTA AHORROS No. 231-439457 BANCO DE OCCIDENTE	
PLAZO DE EJECUCIÓN:	31/12/2024	LUGAR DE ENTREGA:		DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA	
VALOR DEL	$ 300.000.000,00	EN LETRAS: TRECIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE			
APALANCAMIT	$ -				
REDUCCION	$ -				
PLAZO DE EJECUCIÓN:	31/12/2024	LUGAR DE ENTREGA:			
VIGENCIA	$ 300.000.000,00	EN LETRAS: TRECIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE			
CDP	No.	SERVICIOS 2%	$	I.C.A.	$
OBLIGACION	No.	COMPRAS	$	R. I.V.A 15%	$

FORMA DE PAGO EL CONTRATANTE PAGARA AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO, dentro de los 30 días siguientes a la entrega de los servicios, previa facturacion y suscripcion de las actas de recibo con el visto bueno del supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelaran dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentacion de la factura comercial en la oficina de presupuesto del DMTOL. así mismo presentar el pago de parafiscales certificado por el garante y/o contador, en caso de ser firmado por el contador, este debe presentarse con copia de la cedula, tarjeta profesional y certificacion vigente de la Junta Central de Contadores y al cumplimiento a los tramites administrativos a que haya lugar, expedicion de la obligacion y orden de pago del SIF y una vez se encuentre aprobado el Programa Anual Mensualizado de la caja "PAC" y la situacion de los dineros por parte de la Direccion del Tesoro Nacional, contra las prestaciones del servicio requeridas por parte del establecimiento de sanidad militar DMTOL del Ejercito y demas tramites administrativos a que haya lugar.
Los requisitos previos al pago que se deben cumplir son los siguientes.

a. Debera radicar la factura comercial con los soportes legales y tecnicos cuando haga la entrega de los bienes, en la Jefatura de Presupuesto del DMTOL del Ejercito
b. La factura comercial debera cumplir con los requisitos señalados en el estatuto tributario.
c. La factura debera venir acompañada de la siguiente informacion: fecha de entrega de los bienes, factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, numero de contrato contra el cual se facturan los bienes entregados, recibo a satisfaccion expedido por el supervisor del contrato.

2: RESUMEN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL : 18324	FECHA: 09/04/2024		VALOR: $300.000.000,00
REGISTRO PRESUPUESTAL : 20724	FECHA: 14/05/2024		VALOR: $300.000.000,00
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL APALANCAMIENTO:			
REGISTRO PRESUPUESTAL :			
REDUCCION			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICION	FECHA:		
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	FECHA:		

4: RELACION DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ITEM	NUMERO FACTURA	RAZON SOCIAL	FECHA EMISION FACTURA	VL FACTURA	VL A PAGAR	
1	27671	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 991.059	$ 991.059	
2	27672	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 1.036.843	$ 1.036.843	
3	27673	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
4	27674	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
5	27675	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
6	27676	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
7	27677	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
8	27678	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
9	27679	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
10	27680	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
11	27681	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
12	27683	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 1.036.843	$ 1.036.843	
13	27685	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
14	27686	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
15	27687	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	27-05-2024	$ 765.582	$ 765.582	
16	27688	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.036.843	$ 1.036.843	
17	27689	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
18	27690	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
19	27691	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
20	27693	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
21	27694	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 991.059	$ 991.059	
22	27695	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 991.059	$ 991.059	
23	27696	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.753.506	$ 1.753.506	
24	27698	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.036.843	$ 1.036.843	
25	27699	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
26	27700	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 765.582	$ 765.582	
27	27701	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.415.357	$ 1.415.357	
28	27682	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
29	27684	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
30	27692	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S	27-05-2024	$ 1.006.966	$ 1.006.966	
			VALOR TOTAL	$ 38.932.552,00	$ 38.932.552,00	

FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 04/05/2024	FECHA EXPEDICION POLIZA RCE: 04/05/2024

6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VR CONTRATO	VR CANCELADO		AUTORIZADO	SALDO
VR CONTRATO 185-2023 VF	$ 300.000.000,00				$ 300.000.000,00
INFORME No 1	$	$ 38.932.552,00		$ 38.932.552,00	$ 261.067.448,00
	$ -				
	$ -				

	$ -				
	$ -				
TOTAL	$ 300.000.000,00	$ 39.032.552,00		$ -	
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO	13%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO APALANCAMIENTO			0,00%
		% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS			13,01%
		% DE EJECUCION TOTAL CONTRATO			13,01%

7: PAGOS EFECTUADOS

APALANCAMIENTO	$ -				
CONTRATO	$ 39.032.552,00				
TOTAL PAGADO	$ 39.032.552,00				

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA (TAB) Y COMPLEJIDAD MEDIANA (TAM) A USUARIOS Y BENEFICARIOS DEL SSFFMM QUE CONFORMAN LA REGIONAL NO 10

7.1. BALANCE GENERAL CONTRATO	DEBE		HABER	
VALOR APALANCAMIENTO				
REDUCCION				
TOTAL FINAL APALANCAMIENTO				
VR. CONTRATO 161 - DMTOL-2024	$ 300.000.000,00		$ -	
PRIMERA ADICION			$ -	
REDUCCION PRESUPUESTO			$ -	
VALOR FACTURADO			$ 39.032.552,00	
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA + APALANCAMIENTO				
VALOR SALDO CONTRATO	$ 300.000.000,00			
PRIMER INFORME			$ 39.032.552,00	
TOTAL SALDO CONTRATO A	$ 260.967.448,00		$ 39.032.552,00	

7.2. ACTAS DE RECIBO A SATISFACCION

ITEM	DESCRIPCION	ACTA	FECHA		ENTRADA DE ALMACEN	VALOR ENTREGADO
1	VR CONTRATO 161				N/A	$ 300.000.000,00
2	INFORME 1		17/07/2024		N/A	$ 39.032.552,00
						$ 260.967.448,00
					PORCENTAJE EJECUCION VALOR CONTRATO	100%
					EJECUCION	13%

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS PREVIO

EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 161 DEL SE RECIBIO LOS SIGUIENTES LOTES DE FACTURAS AUDITADAS POR EL CONSORCIO AUDINTEGRAL DE SERVICIO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR AUDITORIA CONCURRENTE DEL DMTOL

CA0000003758						

9. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO

EJECUCION 13% EJECUCIÓN FISICA 100%

10. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

1	[illegible]	[illegible]	FACTURA		VALOR FACTURA	[illegible]
1						
1						
1						
					TOTAL GLOSA	$ -

10. ANEXOS AL INFORME

ENGINEER CORTES ROMERO
envied corteo @[illegible].com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52266734

NUMERO

MATALLANA CASTAÑO

APELLIDOS

ANGELA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1976

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

01-FEB-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500103-42090781-F-0052266734-20010627 03355 01177C 02 098136754

CERTIFICADO

DIRIGIDO A: A QUIEN LE INTERESE

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que la empresa **LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS** identificada con el número de documento **8301208255** es cliente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día 05 de agosto de 2019 con la Cuenta de Ahorros 231-839457 la cual se encuentra Activa y vigente

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de la empresa **LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **15 de julio 2024.**

Gerardo Jose Silva Castro
Vicepresidencia de Empresas

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141030035300

(415)7707212489984(8020) 000014103003530 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 1 2 0 8 2 5	5	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
LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 25 C 85 C 44

42. Correo electrónico contabilidad@lineamedicadeambulancias.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 1 4 1 4 1 4	2 6 3 1 9 0 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 0 3 0 5 0 8						

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	8	1 4	1 6	4 2	5 2	5 5																		

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

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 - 04 - 26 / 09 : 13: 21

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 MATALLANA CASTAÑO ANGELA PATRICIA
985. Cargo Representante legal Certificado

EJEMPLAR DE CONSULTA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141030035300

(415)7707212489984(8020) 000014103003530 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 1 2 0 8 2 5	5	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 5	0 5
72. Número	3 1 2 9	6 1 7
73. Fecha	2 0 0 3 0 5 0 8	2 0 0 7 0 2 1 4
74. Número de notaría	2 4	5 1
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 5 1 9	2 0 0 7 0 3 0 2
77. No. Matrícula mercantil	0 1 2 7 4 3 3 6	0 1 1 1 3 7 0 0
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 5 0 8	2 0 0 7 0 2 1 4
81. Hasta	2 0 1 3 0 5 0 8	2 0 1 3 0 5 0 8

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

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

PROYECTO SIN VALIDEZ COMERCIAL

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141030035300

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 1 2 0 8 2 5	5	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 3 0 5 2 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	5 2 2 6 6 7 3 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MATALLANA	CASTAÑO	ANGELA	PATRICIA

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 0 3 0 5 1 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 6 8 5 2 6 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MATALLANA	CASTAÑO	CESAR	LEOPOLDO

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 CONTROLADA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141030035300

(415)7707212489984(8020) 000014103003530 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 1 2 0 8 2 5	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	5 2 2 6 6 7 3 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MATALLANA	CASTAÑO	ANGELA	PATRICIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
46,200,000	4 2	2 0 0 6 0 9 0 8	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	7 9 6 8 5 2 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MATALLANA	CASTAÑO	CESAR	LEOPOLDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
31,900,000	2 9	2 0 0 6 0 9 0 8	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 3 1 2 0 3 7 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MATALLANA	CASTAÑO	JOHANA	ANDREA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
31,900,000	2 9	2 0 0 6 0 9 0 8	

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 CONTROLADA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141030035300

(415)7707212489984(8020) 000014103003530 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 1 2 0 8 2 5	5	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
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 7 2 1 0 6 5		8 8 1 1 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
AVENDAÑO	CARRERO	ISLENA	

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 8 0 1 3 0

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

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

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

159. Fecha de nombramiento

COPIA NO VALIDA SIN DOCUMENTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION:	830120825
NOMBRE O RAZON SOCIAL			LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CL 35 D 85 D 35	TELEFONO:	2631900
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	E-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de vigilancia y seguridad privada
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			7933596741	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOR
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2024
DIAS DE MORA:			/				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/15	NUMERO AUTORIZACIÓN:			778301761

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCIÓN	4	$ 2.250.000	$ 0	$ 0	$ 50.000	$ 50.000	$ 11.900	$ 600	$ 2.350.000	$ 12.500	$ 2.362.500
25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 4.812.900	$ 0	$ 0	$ 130.000	$ 130.000	$ 25.400	$ 1.400	$ 5.072.800	$ 26.800	$ 5.099.600
230301	230301-PORVENIR	13	$ 2.666.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.100	$ 0	$ 2.666.500	$ 15.100	$ 2.683.400
SUBTOTALES:										$ 10.297.700	$ 54.400	$ 10.345.500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 255.800	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 255.800	$ 1.400	$ 0	$ 256.000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 259.000	$ 1.400	$ 0	$ 261.400
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 24.300	$ 0	$ 200	$ 0	$ 24.300	$ 200	$ 0	$ 24.500
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 52.300	$ 300	$ 0	$ 52.300
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	6		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.151.300	$ 0	$ 6.100	$ 0	$ 1.151.300	$ 6.100	$ 0	$ 1.157.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 246.400	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 246.400	$ 1.400	$ 0	$ 246.800
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 12.200	$ 0	$ 100	$ 0	$ 12.200	$ 100	$ 0	$ 12.300
EPS008	EPS008-COMPENSAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 583.700	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 583.700	$ 3.100	$ 0	$ 586.800
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 17.400	$ 0	$ 100	$ 0	$ 17.400	$ 100	$ 0	$ 17.500
SUBTOTALES:													$ 2.600.300	$ 14.100	$ 0	$ 2.614.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	23		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.725.000	$ 2.725.000	$ 14.400	$ 0	$ 2.739.400
SUBTOTALES:									$ 2.725.000	$ 14.400	$ 0	$ 2.739.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	22	$ 2.479.800	$ 13.100	$ 2.492.900
SUBTOTALES:			$ 2.479.800	$ 13.100	$ 2.492.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: SLN	INT	LMA	VSP	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARL ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF ADMIN	DÍAS COT	IBC	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1020479883	ORTIZ QUINTERO MOISES LORENA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO												230301-PORVENIR	21	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	21	$ 433.334	$ 17.400	$ 0	$ 17.400	14-11 - ARL SURA	21	$ 433.334	1748301	$ 18.800	CCF24-COMPENSAR	21	$ 433.334	$ 17.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1615[illegible]	MUELLE NICHOLS JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO												230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 58.800	CCF24-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1023[illegible]	MESA VARA YURI KATERIN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO												230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 58.800	CCF24-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1013[illegible]	LEYTON FIORAVACO CAMILA DE LOS [illegible]	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO												230301-PORVENIR	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000		$ 65.300	CCF24-COMPENSAR	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 7[illegible]	RUIZ [illegible] CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 5.500.000	FIJO												230201-PROTECCION	30	$ 10.000.000	$ 1.800.000	$ 100.000	$ 50.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.700.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 10.000.000	$ 400.000	$ 0	$ 400.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.000.000	4668301	436.000	CCF24-COMPENSAR	30	$ 10.000.000	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1018[illegible]	DERMENO BENAVIDES WILLIAM DARIO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO												230201-PROTECCION	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000	174[illegible]	$ 65.300	CCF24-COMPENSAR	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1018[illegible]	[illegible] CASTELLA NOS [illegible]	DEPEND		$ [illegible]	FIJO												230301-PORVENIR	30	$ 1.982.000	$ 316.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 316.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.982.000	$ 79.700	$ 0	$ 79.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.982.000		$ 89.700	CCF24-COMPENSAR	30	$ 1.982.000	$ 79.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1026[illegible]	[illegible] LEANO MORENO MARIA CECILIA	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO												230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000		$ 87.600	CCF24-COMPENSAR	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1013[illegible]	[illegible] MARIA CESIA [illegible]	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		07										230301-PORVENIR	7	$ 303.334	$ 48.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48.600	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	7	$ 303.334	$ 12.200	$ 0	$ 12.200	14-11 - ARL SURA	7	$ 303.334	1748301	$ 13.200	CCF24-COMPENSAR	7	$ 303.334	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	830120829
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO.	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CL 25 D 85 C 35	TELÉFONO:	2631800
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE.	B-MENOR DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA.	Actividades reguladoras y facilitadoras de la sal
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (RÉGIMEN TRIBUTARIO)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7933598741	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	2024 AÑO	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	2024 AÑO
DÍAS DE MORA.		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/07/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		778331741

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| | DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | NOVEDADES | | | | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.507.420

BEJARANO AVENDAÑO

APELLIDOS

CRISTIAN DAVID

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-AGO-2008 BOGOTA D.C

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500150-00057979-M-1024507420-20120820 0024174(61)A 1 3111267


306167-7



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 3 9 5 0 2 4 8 6 5 2 0 3 6 5

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 **CRISTIAN DAVID BEJARANO AVENDAÑO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1024507420 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 306167-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 1 días del mes de Abril 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

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

16 JUL. 2024

CONSORCIO AUDITOOL 2024

CONSOLIDADO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

TAPA / LOTE

FACTURACION CON CONTRATO: CONTRATO No CONTR 161 -DMTOL-2024

PRESTADOR	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.			**Cantidad Facturas**	30,00
NIT	830120825-5	**LOTE No.**	CA000003758	**VL Atención**	39.032.552,00
DIRECCION	CASA L 7 ETAPA 4 BELLO HO	**UNIDAD REGIONALIZ**	TOLEMAIDA	**VL Glosa Inicial**	0,00
TELEFONO		**UNIDAD SATELITE.**	TOLEMAIDA	**VL a Pagar**	39.032.552,00
MUNICIPIO	GIRARDOT				

NRO. RADICADO	PREFIJO	FACTURA	VALOR FACTURA	VALOR NOTA CREDITO	VALOR ATENCION	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR PRIMER PAGO
84051	LMAE	27671	991.059,00	0,00	991.059,00	0,00	991.059,00
84052	LMAE	27672	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
84053	LMAE	27673	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
84054	LMAE	27674	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
84055	LMAE	27675	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84056	LMAE	27676	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84057	LMAE	27677	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
84058	LMAE	27678	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
84059	LMAE	27679	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
84060	LMAE	27680	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84061	LMAE	27681	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
84062	LMAE	27683	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
84063	LMAE	27685	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
84064	LMAE	27686	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84065	LMAE	27687	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
84066	LMAE	27688	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
84067	LMAE	27689	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84068	LMAE	27690	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84069	LMAE	27691	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
84070	LMAE	27693	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84071	LMAE	27694	991.059,00	0,00	991.059,00	0,00	991.059,00
84072	LMAE	27695	991.059,00	0,00	991.059,00	0,00	991.059,00
84073	LMAE	27696	1.753.506,00	0,00	1.753.506,00	0,00	1.753.506,00
84074	LMAE	27698	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
84075	LMAE	27699	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84076	LMAE	27700	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
84077	LMAE	27701	1.415.357,00	0,00	1.415.357,00	0,00	1.415.357,00
84079	LMAE	27692	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84080	LMAE	27684	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
84081	LMAE	27682	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
		TOTAL	39.032.552,00	0,00	39.032.552,00	0,00	39.032.552,00

VI. A PAGAR EN PRIMERA AUDITORIA EN LETRAS:

TREINTA Y NUEVE MILLONES TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/C

16 JUL. 2024

FECHA DE ENTREGA AL ESM O CENAC (DD-MM-AAAA)

GESTION ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Hernán Chaparro

NOMBRE QUIEN RECIBE

CARGO: 16-07-2024.

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

CONSORCIO AUDITOOL 2024

CONSOLIDADO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

TAPA / LOTE

FACTURACION CON CONTRATO: CONTRATO No CONTR 161 -DMTOL-2024

PRESTADOR	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.				
NIT	830120825-5	LOTE No.	CA000003758	Cantidad Facturas	30,00
DIRECCION	CASA L 7 ETAPA 4 BELLO HO	UNIDAD REGIONALIZ	TOLEMAIDA	VL Atención	39.032.552,00
TELEFONO		UNIDAD SATELITE.	TOLEMAIDA	VL Glosa Inicial	0,00
MUNICIPIO	GIRARDOT			VL a Pagar	39.032.552,00

NRO. RADICADO	PREFIJO	FACTURA	VALOR FACTURA	VALOR NOTA CREDITO	VALOR ATENCION	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR PRIMER PAGO

Laura Velasquez

NOMBRE: 1007439654

RADICADOR

CONSORCIO AUDITOOL 2024