COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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

EJÉRCITO NACIONAL

127924

Nilo Cundinamarca, 21 de agosto de 2024

Señor Mayor
BRAYAN ARVEY CABALLERO MAHECHA
Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL
Fuerte Militar de Tolemaida.
Nilo, Cundinamarca

Asunto: Autorizacion de pago contrato 161 DISAN-EJC-DMTOL-2024

Respetuosamente me permito entregar al señor Subdirector Administrativo y Financiero DMTOL, el segundo (2) informe de supervicion del contrato 161 DISAN EJC DMTOL-2024 por un valor de $ 58.748.679 de pesos y que tiene como objeto contractual" LA PRESTACION DEL SERVICIOS DE AMBULANCIAS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE DE COMPLEJIDAD BAJA TAB Y COMPLEJIDAD MEDIANA TAM A USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE CONFORMAN LA REGIONAL 10 Y POR LO QUE LLEGARE A SER LEGALMENTE RESPONSABLE DURANTE LA VIGENCIA 2024",contratista LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS NIT 830120825-5

Respetuosamente,

TS ADANIS BOLAÑOS RAMOS
Supervisor contrato (E) 161 DISAN-EJC-DMTOL-2024

Anexo (11)folios

DISPENSARIO MEDICO
DE TOLEMAIDA
FECHA 21 AGO 2024
HORA 16:00
6078 Escobar Gerson
ORDENES
Andrea Lorena Pontiers
OFICIAL ADMINISTRATIVO

21 Ago 24
1841

PATRIA HONOR LEALTAD

Dispensario Médico de Tolemaida
Fuerte Militar de Tolemaida
dmtolayudantia@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO				INFORME DE SUPERVISION N° 2 FECHA INFORME : 21 de Agosto del 2024		
CONTRATO Y/O ACUERDO N° 161-DMTOL-2024				FECHA SUSCRIPCION CONTRATO:06 DE MAYO 2024		
1: INFORMACIÓN DEL CONTRATO						
OBJETO DEL CONTRATO: 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						
NOMBRE DEL CONTRATISTA:LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS		NIT: 830.120.825-5		CUENTA AHORROS No. 231-839457 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			
APALANCAMTO	$ -					
REDUCCION	$ -					
PLAZO DE EJECUCIÓN:	31/12/2024		LUGAR DE ENTREGA:			
VIGENCIA	$ 300.000.000,00		EN LETRAS: TRECIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE			
CXP	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 habiles siguientes a la presentacion de la factura comercial en la oficina de presupuesto del DMTOL. asi mismo presentar el pago de parafiscales certificado por el gerente 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 el cumplimiento a los tramites administrativos a que haya lugar, expedicion de la obligacion y orden de pago del SIIF 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 : 1624		FECHA: 06/04/2024			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	27853	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
2	27854	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 991.059	$ 991.059	
3	27855	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
4	27856	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
5	27857	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
6	27859	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
7	27860	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
8	27861	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
9	27862	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
10	27863	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
11	27864	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.038.843	$ 1.038.843	
12	27865	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.038.843	$ 1.038.843	

13	27866	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
14	27867	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
15	27868	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
16	27869	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
17	27870	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
18	27871	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
19	27872	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
20	27873	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
21	27874	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.038.843	$ 1.038.843	
22	27875	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
23	27876	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
24	27877	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
25	27878	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
26	27879	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 991.059	$ 991.059	
27	27880	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
28	27881	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
29	27882	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
30	27883	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
31	27884	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
32	27885	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
33	27887	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
34	27888	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
35	27889	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
36	27890	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
37	27891	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
38	27892	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
39	27893	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
40	27894	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.038.843	$ 1.038.843	
41	27895	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 2.205.653	$ 2.205.653	
42	27896	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 2.351.858	$ 2.351.858	
43	27897	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.826.178	$ 1.826.179	
44	27898	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
45	27899	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
46	27850	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.826.179	$ 1.826.179	
47	27851	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
48	27852	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
49	27858	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	18-06-2024	$ 765.582	$ 765.582	
50	27886	LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A.S.	20-06-2024	$ 1.006.968	$ 1.006.968	
			VALOR TOTAL	$ 58.748.879,00	$ 58.748.879,00	

FECHA DE EXPEDICION DE LAS POLIZAS: 06/05/2024	FECHA EXPEDICION POLIZA RCE: 06/05/2024

6: BALANCE Y EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VR CONTRATO	VR CANCELADO		AUTORIZADO	SALDO
VR CONTRATO 198-2023 VF	$ 300.000.000,00				$ 300.000.000,00
INFORME No. 1	$	$ 39.032.552,00		$ 39.032.552,00	$ 260.967.448,00
INFORMENo. 2	$ -	$ 58.748.679,00		$ 58.748.679,00	$ 202.218.769,00
	$ -				
	$ -				
	$ -				
TOTAL	$ 300.000.000,00	$ 97.781.231,00		$ -	
% DE EJECUCION POR PAGO CANCELADO	33%	% DE EJECUCION POR PAGO AUTORIZADO APALANCAMIENTO			19,39%
		% DE EJECUCION POR INFORMES PRESENTADOS			13,01%
		% DE EJECUCION TOTAL CONTRATO			32,39%

7: PAGOS EFECTUADOS

APALANCAMIENTO	$ 58.748.679,00
CONTRATO	$ 39.032.552,00
TOTAL PAGADO	$ 97.781.231,00

OBJETO DEL CONTRATO: 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

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			$ 58.748.679,00	
VALOR CONTRATO VIGENCIA FUTURA + APALANCAMI				
VALOR SALDO CONTRATO	$ 300.000.000,00			
PRIMER INFORME			$ 39.032.552,00	
SEGUNDO INFORME			$ 58.748.679,00	
TOTAL SALDO CONTRATO A	$ 202.218.769,00		$ 97.781.231,00	

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
3	INFORME 2		21/08/2024	N/A	$ 58.748.679,00
					$ 202.218.769,00
				PORCENTAJE EJECUCION VALOR CONTRATO	100%
				EJECUCION	13%

8. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS PREFIJO

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.

CA000003758						

9. AVANCE TOTAL DEL CONTRATO

EJECUCION 33% EJECUCIÓN FISICA 100%

NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANC

1						
2						
3						
					TOTAL GLOSA	$ -

10. ANEXOS AL INFORME planillas parafiscales cedula de ciudadania representante legal certificado bancario certificado junta de contadores

TSA. [redacted] SOLANO RAMOS

[redacted]@ejercito.mil.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	830129825
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CL 140 85 C 35	TELÉFONO	2931900
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			79335961741	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOR
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/07/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			79335961741

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 - PROTECCION	4	$ 2.256.000	$ 0	$ 0	$ 50.000	$ 50.000	$ 11.900	$ 800	$ 2.356.800	$ 12.800	$ 2.369.600
25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 4.812.800	$ 0	$ 0	$ 130.000	$ 130.000	$ 25.400	$ 1.400	$ 5.072.800	$ 26.800	$ 5.099.600
230301	230301 - PORVENIR	10	$ 2.856.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.100	$ 0	$ 2.856.300	$ 15.100	$ 2.883.400
SUBTOTALES:										$ 10.297.100	$ 54.400	$ 10.351.600

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	$ 263.800	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 263.800	$ 1.400	$ 0	$ 265.200
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 250.000	$ 1.400	$ 0	$ 251.400
ESSC24	ESSC24-COOMLUD 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	$ 52.000	$ 300	$ 0	$ 52.300
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.151.200	$ 0	$ 6.100	$ 0	$ 1.151.200	$ 6.100	$ 0	$ 1.157.300
EPS005	EPS005-SANITAS S A	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 248.400	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 248.400	$ 1.400	$ 0	$ 249.800
ESS007	ESS007-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	$ 560.700	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 560.700	$ 3.100	$ 0	$ 563.800
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 17.400	$ 0	$ 100	$ 0	$ 17.400	$ 100	$ 0	$ 17.500
SUBTOTALES:													$ 2.682.800	$ 14.100	$ 0	$ 2.696.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD ERP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ERP 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 CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	23	$ 2.478.800	$ 13.100	$ 2.482.800
SUBTOTALES:			$ 2.478.800	$ 13.100	$ 2.482.800

DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: COL EXT RET SLN IGE LMA VAC VSP VST SLN IGE LMA VAC AVP VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	CC 1010253942	ORTIZ GUTIERREZ ANGEL ORFENA	DEPEND		$ 1.385.000	FIJO	SI 21		230201 - PORVENIR	30	$ 433.334	$ 69.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 69.400
2	CC 1140148954	MUÑOZ CORDOBA JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO	SI		230201 - PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
3	CC 1042238056	SANTA PINILLA YURI MATTHIN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO	SI		230301 - PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
4	CC 1014364431	LEYTON CORDOBA CAMILA DE LOS ANGELES	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO	SI		230301 - PORVENIR	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000
5	CC 1014268738	MUÑOZ ORDOÑEZ CAMILO ANDRES	DEPEND		$ 10.000.000	FIJO	SI	2	230201 - PROTECCION	30	$ 10.000.000	$ 1.600.000	$ 50.000	$ 50.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.700.000
6	CC 1019808807	SUAREZ BENAVIDEZ WILLIAM DARIO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO	SI		230201 - PROTECCION	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000
7	CC 1014712693	SUAREZ CASTELLANOS JACOB ISAIAS	DEPEND		$ 11.692.000	FIJO	SI	24	230301 - PORVENIR	30	$ 1.962.000	$ 314.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 314.000
8	CC 1014687348	LIZARAZO BERMUDEZ MARIA CELIA	DEPEND		$ 2.000.000	FIJO	SI		230301 - PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000
9	CC 1032420477	RAMIREZ SILVA CATALINA	DEPEND		$ 1.883.334	FIJO	SI		230301 - PORVENIR	7	$ 303.334	$ 48.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48.600

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	EPSC34 - CAPITAL SALUD EPSS	10	$ 433.334	$ 17.400	$ 0	$ 17.400	14-11 - ARL SURA	15	$ 433.334	1749001	$ 18.600	10	$ 433.334	CCF24 - COMPENSAR	$ 17.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	EPS017 - FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 56.800	30	$ 1.300.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	EPS002 - SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 56.800	30	$ 1.300.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	EPS017 - FAMISANAR	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000		$ 65.300	30	$ 1.500.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 10.000.000	$ 400.000	$ 0	$ 400.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.000.000	4668001	$ 436.000	30	$ 10.000.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.500.000	1748001	$ 65.300	30	$ 1.500.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	EPS008 - COMPENSAR	30	$ 1.962.000	$ 78.700	$ 0	$ 78.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.962.000		$ 85.700	30	$ 1.962.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 78.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	EPS005 - SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000		$ 87.000	30	$ 2.000.000	CCF24 - COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	ESS007 - ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL ESS	7	$ 303.334	$ 12.200	$ 0	$ 12.200	14-11 - ARL SURA	7	$ 303.334	1748001	$ 13.200	7	$ 303.334	CCF24 - COMPENSAR	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS DE MENSUALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	830128835
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 25 D 85 G 35	TELÉFONO:	9031800
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la ser
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE CONOCIDO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

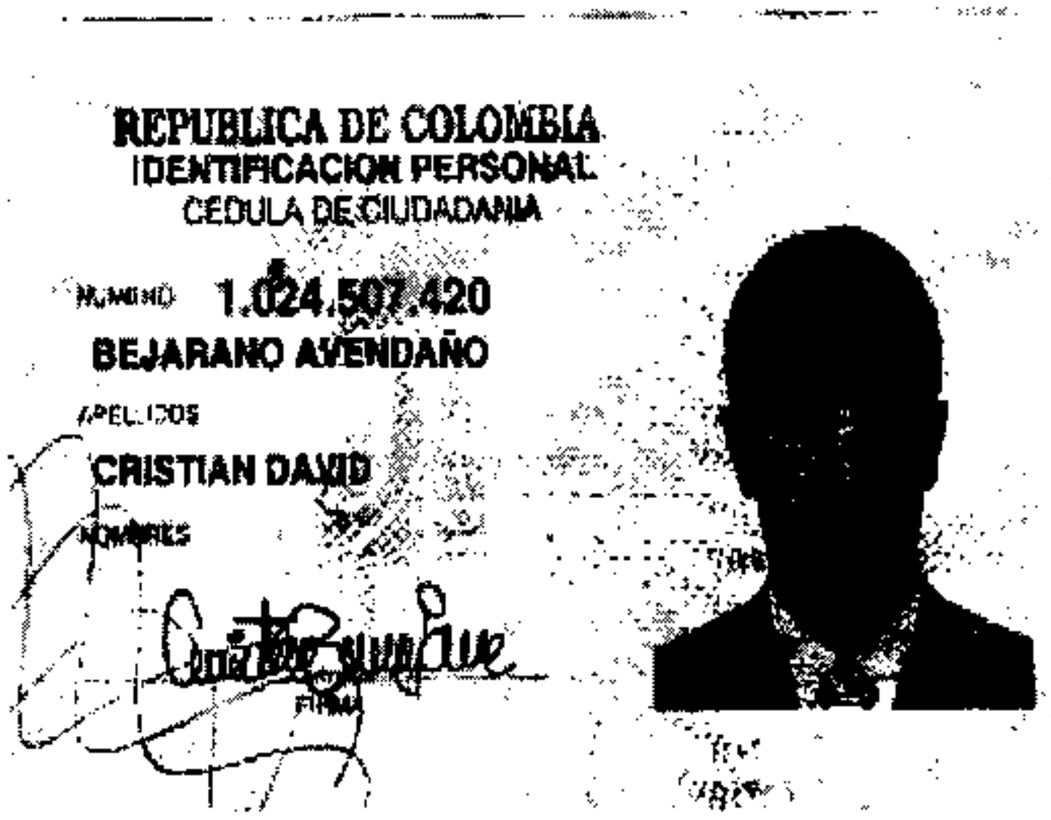
NÚMERO PLANILLA		7933598741	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/07/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN		775331741

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.507.420
BEJARANO AVENDAÑO
APELLIDOS
CRISTIAN DAVID
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

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
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00857979-M-1024507420-20100830 0020174083A 1 351126772

NIT. 830 120 825 - 5
Bogota y Cundinamarca

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL DE

LINEA MÉDICA DE AMBULANCIAS S.A.S

NIT: 830.120.825 - 5

CERTIFICAN

La suscrita **ISLENA AVENDAÑO CARREÑO**, identificado con cedula de ciudadanía No. 39.721.065; en mi calidad de **REVISOR FISCAL** de **LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS** con NIT No. 830.120.825-5, dando cumplimento a lo ordenado por el artículo 50 de la ley 789 de 2002, en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 e 2003 manifiesto bajo la gravedad de juramento que LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS ha cumplido a la fecha con la entrega de la presenta certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados, del mes de Julio del 2024 y seis meses atrás ala fecha de expedición de la presente al igual que seis meses anteriores a firma de la presente, por lo que declaro que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las empresas promotoras de saludEPS, fondos de pensiones, administradoras de riesgos profesionales ARL, caja de compensación familiar.

Igualmente nos encontramos a paz y salvo por concepto de aportes parafiscales al instituto colombiano de bienestar familiar ICBF y servicios de aprendizaje SENA de conformidad a lo establecido en la ley en la ley 1233 de 2008.

Se expide la presente certificación, a los tres (5) días del mes de Agosto de los dos mil veinticuatro (2024).

ANGELAPATRICIA MATALLANA
Representante Legal

ISLENA AVENDAÑO CARR O
Revisora Fiscal
T.p 88115-T

CONTACT
317 510 8629/39 - 317 644 7924
amatallana@lineamedicadeambulancias.com
www.grupohart.com

CERTIFICADO

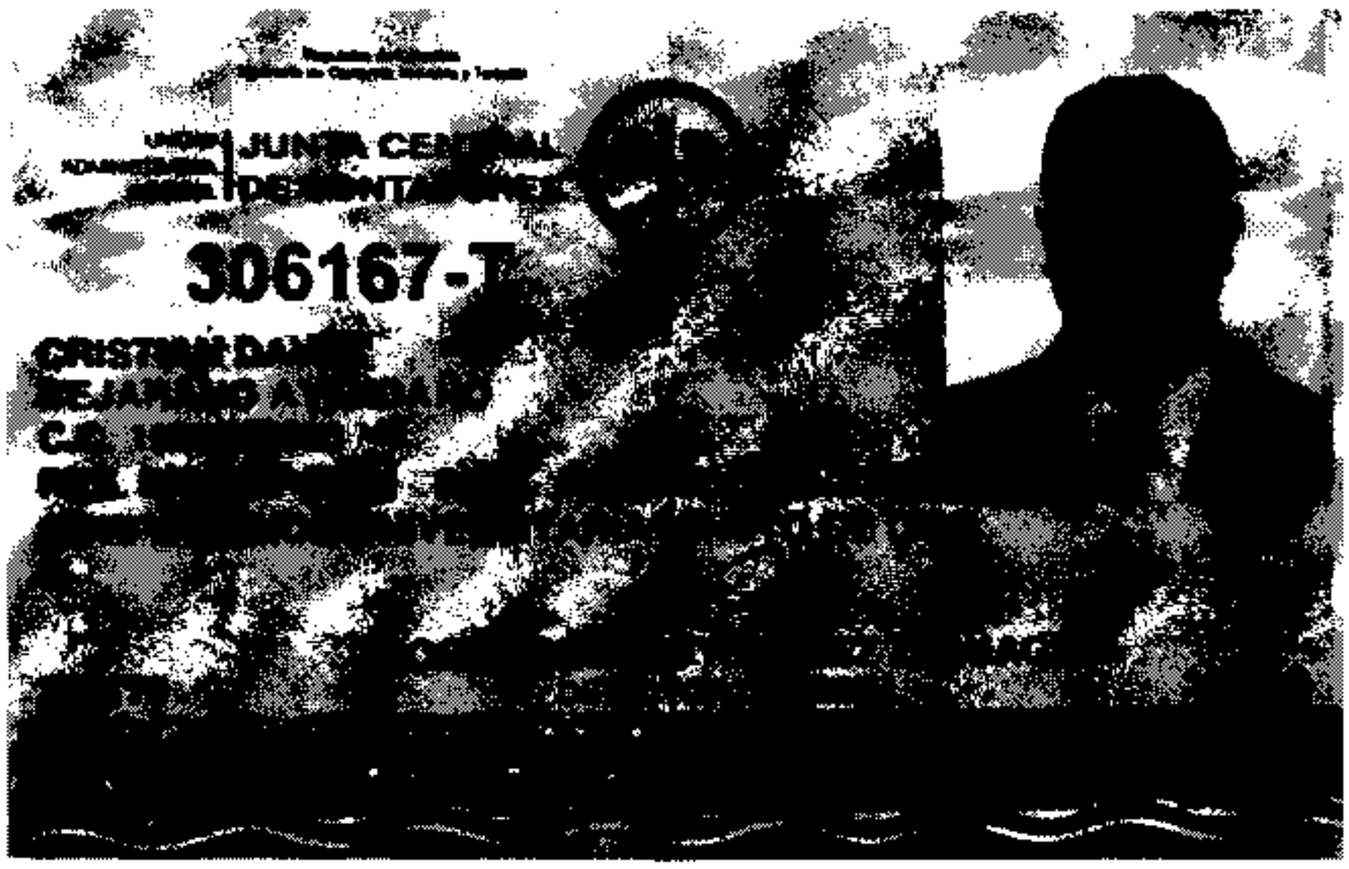
DIRIGIDO A: A QUIEN LE INTERESE

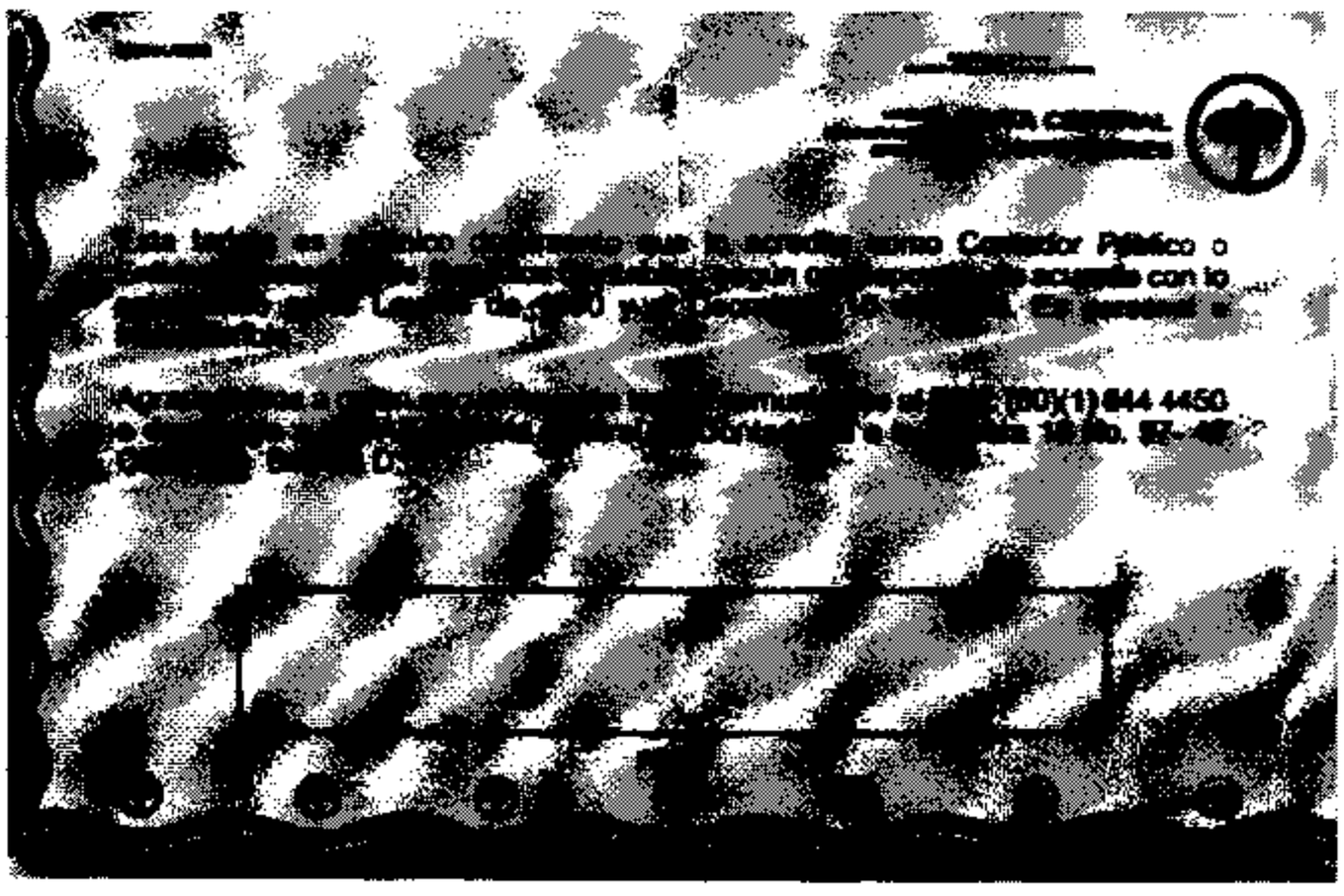
Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que la empresa **LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS** identificada con el número de documento **8301208255** es cliente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día 05 de agosto de 2019 con la Cuenta de Ahorros 231-839457 la cual se encuentra Activa y vigente

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 **14 de agosto 2024.**

Gerardo Jose Silva Castro
Vicepresidencia de Empresas


JUNTA CEN
306167-T


(601)1 644 4450

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5 8 9 9 C E A B 6 3 E A E 2 8 8

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

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

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
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

Fecha generación documento PDF: 26-04-2024 09:15:58AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1410300353O0

(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 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	6 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

Item	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

Fecha generación documento PDF: 26-04-2024 09:15:59AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

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	

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 NO VALIDA PARA TRAMITES

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	

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 NO VALIDO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1410300353O0

(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 CONTROLADA

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

08 AGO. 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.**					
NIT	**830120825-5**	**LOTE No.**	**CA000006387**	**Cantidad Facturas**	**50,00**
DIRECCION	**CASA L 7 ETAPA 4 BELLO HO**	**UNIDAD REGIONALIZ**	**TOLEMAIDA**	**VL Atención**	**58.748.679,00**
TELEFONO		**UNIDAD SATELITE.**	**TOLEMAIDA**	**VL Glosa Inicial**	**0,00**
MUNICIPIO	**GIRARDOT**			**VL a Pagar**	**58.748.679,00**

NRO. RADICADO	PREFIJO	FACTURA	VALOR FACTURA	VALOR NOTA CREDITO	VALOR ATENCION	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR PRIMER PAGO
140395	LMAE	27853	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140396	LMAE	27854	991.059,00	0,00	991.059,00	0,00	991.059,00
140397	LMAE	27855	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140398	LMAE	27856	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140399	LMAE	27857	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140400	LMAE	27859	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140401	LMAE	27860	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140402	LMAE	27861	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140403	LMAE	27862	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140404	LMAE	27863	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140405	LMAE	27864	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
140406	LMAE	27865	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
140407	LMAE	27866	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140408	LMAE	27867	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140409	LMAE	27868	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
140410	LMAE	27869	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140411	LMAE	27870	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
140412	LMAE	27871	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140413	LMAE	27872	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140414	LMAE	27873	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140415	LMAE	27874	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
140416	LMAE	27875	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
140417	LMAE	27876	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140418	LMAE	27877	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140419	LMAE	27878	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140420	LMAE	27879	991.059,00	0,00	991.059,00	0,00	991.059,00
140421	LMAE	27880	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
140422	LMAE	27881	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140423	LMAE	27882	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140424	LMAE	27883	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140425	LMAE	27884	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140426	LMAE	27885	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140427	LMAE	27887	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140428	LMAE	27888	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140429	LMAE	27889	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140430	LMAE	27890	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140431	LMAE	27891	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140432	LMAE	27892	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
140433	LMAE	27893	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
140434	LMAE	27894	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00	0,00	1.038.843,00
140435	LMAE	27895	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00	0,00	2.205.653,00
140436	LMAE	27896	2.351.858,00	0,00	2.351.858,00	0,00	2.351.858,00
140437	LMAE	27897	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
140438	LMAE	27898	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

08 AGO 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.				
NIT	830120825-5	**LOTE No.**	**CA000006387**	**Cantidad Facturas**	**50,00**
DIRECCION	CASA L 7 ETAPA 4 BELLO HO	**UNIDAD REGIONALIZ**	**TOLEMAIDA**	**VL Atención**	**58.748.679,00**
TELEFONO		**UNIDAD SATELITE.**	**TOLEMAIDA**	**VL Glosa Inicial**	**0,00**
MUNICIPIO	**GIRARDOT**			**VL a Pagar**	**58.748.679,00**

NRO. RADICADO	PREFIJO	FACTURA	VALOR FACTURA	VALOR NOTA CREDITO	VALOR ATENCION	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR PRIMER PAGO
140439	LMAE	27899	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140440	LMAE	27850	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00	0,00	1.826.179,00
140441	LMAE	27851	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140442	LMAE	27852	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
140443	LMAE	27858	765.582,00	0,00	765.582,00	0,00	765.582,00
140444	LMAE	27886	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00	0,00	1.006.968,00
		TOTAL	**58.748.679,00**	**0,00**	**58.748.679,00**	**0,00**	**58.748.679,00**

VI. A PAGAR EN PRIMERA AUDITORIA EN LETRAS:

CINCUENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/C

08 AGO 2024

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

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

NOMBRE QUIEN RECIBE: Hevelin Chaparro

CARGO: AUX. ADMON

08.08.24

Laura Velásquez

1007629654

NOMBRE RADICADOR

RADICADOR AUDITOOL

CONSORCIO AUDITOOL 2024