## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHjramireg | JUALIAN ANDRES RAMIREZ GRAJALES |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-066-000000 | SENA REGIONAL RISARALDA-DIRECCION REGIONAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 11/04/2024 12:00:00 p. m. | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

**Con base en el CDP No: 8324 de fecha 2024-03-04. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 34724 | **Fecha Registro:** | 2024-04-11 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-066-000000 SENA REGIONAL RISARALDA-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 9.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 9.000.000,00 | **Saldo x Obligar:** | 9.000.000,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 805010659 | **Razón Social:** | AMANECER MEDICO SAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 468669643 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA S. A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Registrada |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 8739782 | **Nombre:** | CARLOS ALBERTO PALACIOS CHAVERRA | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL RISARALDA |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.6193329 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2024-04-11 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101000 DESPACHO DIRECCION | C-3603-1300-15-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 9.000.000,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 9.000.000,00 | 0,00 | 9.000.000,00 | 9.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIO MÉDICO: PRESTAR SERVICIO INTEGRAL DE OXIGENOTERAPIA, OXÍGENO DOMICILIARIO, ALQUILER DE EQUIPOS E INSUMOS, QUE REQUIERAN LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DE LA REGIONAL RISARALDA, DURANTE LA VIGENCIA 2024.LOTE 6 |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36-02-00-066-000000 | SENA REGIONAL RISARALDA-DIRECCION | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2024-12-31 | 9.000.000,00 | 9.000.000,00 | NINGUNO |



LUZ DARY COLORADO PEREZ

**Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto**

NIT: 805.010.659-6 - REGIMEN : Responsable sobre las ventas - IVA

**Direccion:** Avenida 30 De Agosto Nº 49-36 - (606) 340 0592

Documento Oficial de Numeracion de Facturacion No. 18764070398435 F.RES 08/05/2024 - F.VEN 08/10/2026 Rango desde EPER 30001 Hasta EPER 50000 Somos grandes contribuyentes en el municipio de Santiago de Cali - Bucaramanga

**Sucursal**: PEREIRA **Fecha**: 05/09/2024 - **Fecha Vencimiento** :05/10/2024 **Factura Electronica de Venta No. EPER33041**

**Cliente**: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**NIT/ID/RUT** : 899999034
**Ciudad** : BOGOTA
**Barrio** :
**Telefonos** : 3135800 - 0
**Dirección** : CL 57 8 69
**Email** : siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**Paciente** : JOSE LUIS MEJIA MARIN

**Id** : 1408731
**Ciudad** : PEREIRA
**Barrio** : SAN JORGE
**Telefonos** : 3132277621 ------ 3132277621
**Dirección** : CL 21 BIS 2 12

| Codigo | Descripión del concepto | Cant. | Precio | Dcto. | Precio Dtco. | IVA | Subtotal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A208 | SUMINISTRO CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO NUVO LITE<br>Desde 01/08/2024 Hasta 31/08/2024 | 30 | 4.667 | 0,0 | 4.667 | 0 | 140.000 |
| | Series : A20855 | | | | | | |

**Forma de Pago**: Credito **Condición de Pago**: (VEN) - Crédito 30 días **Medio de Pago**: Acuerdo mutuo **Total Lineas**: 1

Observaciones:
#$36-02-00-066-000000; CO1.PCCNTR. 6193329; esalinasq@sena.edu.co #$

| | |
|---|---|
| **SUB-TOTAL**: | 140.000 |
| **Descuento** : | 0% - 0 |
| **Impuesto** : | 0 |
| **Copago** : | 0 |
| **Total** : | 140.000 |

**Son**: CIENTO CUARENTA MIL PESOS

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio según ART 774 del código de comercio y podra causar intereses de mora al máximo legal vigente, sin perjuicio de la acción legal por incumplimiento.

Autorizo a Amanecer Medico SAS a consultar y reportar en las centrales de riesgo las facturas de cobro que se causen por el servicio que estoy tomando a partir de la fecha

Usuario : DIANA CAROLINA MEJIA Fecha y Hora : 05/09/2024 - 11:23:06

**Recibido**



cufe:c458f4f0444c197770e024c0471ef342ce333c8014ae3fbf71981f3a9ba9bf973904c66c8a1fea39b87d396d82097666



Factura impresa por computador, software Propio SAP Business ONE: AMANECER MEDICO SAS NIT 805010659-6

NIT: 805.010.659-6 - REGIMEN : Responsable sobre las ventas - IVA

**Direccion:** Avenida 30 De Agosto Nº 49-36 - (606) 340 0592

Documento Oficial de Numeracion de Facturacion No. 18764070398435 F.RES 08/05/2024 - F.VEN 08/10/2026 Rango desde EPER 30001 Hasta EPER 50000 Somos grandes contribuyentes en el municipio de Santiago de Cali - Bucaramanga

**Sucursal**: PEREIRA **Fecha**: 05/09/2024 - **Fecha Vencimiento** :05/10/2024 **Factura Electronica de Venta No. EPER33046**

**Cliente**: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**NIT/ID/RUT** : 899999034
**Ciudad** : BOGOTA
**Barrio** :
**Telefonos** : 3135800 - 0
**Dirección** : CL 57 8 69
**Email** : siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**Paciente** : ISABEL RAMIREZ DE GRAJALES

**Id** : 24890128
**Ciudad** : PEREIRA
**Barrio** : PINARES CAMPESTRE
**Telefonos** : 3128956003 ------ 3137767869
**Dirección** : CR 20 3 A 51 TO 3 AP 3031

| Codigo | Descripión del concepto | Cant. | Precio | Dcto. | Precio Dtco. | IVA | Subtotal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A206 | SUMINISTRO CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO LONGFIAN<br>Desde 01/08/2024 Hasta 31/08/2024 | 30 | 4.667 | 0,0 | 4.667 | 0 | 140.000 |
| | Series : A2061391 | | | | | | |

**Forma de Pago**: Credito **Condición de Pago**: (VEN) - Crédito 30 días **Medio de Pago**: Acuerdo mutuo **Total Lineas**: 1

Observaciones:
#$36-02-00-066-000000; CO1.PCCNTR. 6193329; esalinasq@sena.edu.co #$

| | |
|---|---|
| **SUB-TOTAL**: | 140.000 |
| **Descuento** : | 0% - 0 |
| **Impuesto** : | 0 |
| **Copago** : | 0 |
| **Total** : | 140.000 |

**Son**: CIENTO CUARENTA MIL PESOS

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio según ART 774 del código de comercio y podra causar intereses de mora al máximo legal vigente, sin perjuicio de la acción legal por incumplimiento.

Autorizo a Amanecer Medico SAS a consultar y reportar en las centrales de riesgo las facturas de cobro que se causen por el servicio que estoy tomando a partir de la fecha

Usuario : DIANA CAROLINA MEJIA Fecha y Hora : 05/09/2024 - 11:27:50

**Recibido**



cufe:841c21030af2998a491a3c0ec9b7c6891c62d9bdf672bff10e18b3784fc212b4d0c6da564073263d357fed6146dc3458



Factura impresa por computador, software Propio SAP Business ONE: AMANECER MEDICO SAS NIT 805010659-6

NIT: 805.010.659-6 - REGIMEN : Responsable sobre las ventas - IVA

**Direccion:** Avenida 30 De Agosto Nº 49-36 - (606) 340 0592

Documento Oficial de Numeracion de Facturacion No. 18764070398435 F.RES 08/05/2024 - F.VEN 08/10/2026 Rango desde EPER 30001 Hasta EPER 50000 Somos grandes contribuyentes en el municipio de Santiago de Cali - Bucaramanga

**Sucursal**: PEREIRA **Fecha**: 05/09/2024 - **Fecha Vencimiento** :05/10/2024 **Factura Electronica de Venta No. EPER33056**

**Cliente**: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**NIT/ID/RUT** : 899999034
**Ciudad** : BOGOTA
**Barrio** :
**Telefonos** : 3135800 - 0
**Dirección** : CL 57 8 69
**Email** : siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**Paciente** : LIGIA RENGIFO DE TORRES

**Id** : 24897159
**Ciudad** : PEREIRA
**Barrio** : OLAYA HERRERA
**Telefonos** : 3152117126 ------ 3137234797
**Dirección** : CR 15 19 68

| Codigo | Descripión del concepto | Cant. | Precio | Dcto. | Precio Dtco. | IVA | Subtotal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A041 | SUMINISTRO CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO EVERFLO 1020003<br>Desde 01/08/2024 Hasta 31/08/2024 | 30 | 4.667 | 0,0 | 4.667 | 0 | 140.000 |
| | Series : A0419847 | | | | | | |

**Forma de Pago**: Credito **Condición de Pago**: (VEN) - Crédito 30 días **Medio de Pago**: Acuerdo mutuo **Total Lineas**: 1

Observaciones:
#$36-02-00-066-000000; CO1.PCCNTR. 6193329; esalinasq@sena.edu.co #$

| | |
|---|---|
| **SUB-TOTAL**: | 140.000 |
| **Descuento** : | 0% - 0 |
| **Impuesto** : | 0 |
| **Copago** : | 0 |
| **Total** : | 140.000 |

**Son**: CIENTO CUARENTA MIL PESOS

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio según ART 774 del código de comercio y podra causar intereses de mora al máximo legal vigente, sin perjuicio de la acción legal por incumplimiento.

Autorizo a Amanecer Medico SAS a consultar y reportar en las centrales de riesgo las facturas de cobro que se causen por el servicio que estoy tomando a partir de la fecha

Usuario : DIANA CAROLINA MEJIA Fecha y Hora : 05/09/2024 - 11:37:00

**Recibido**



cufe:9f22c54af233dcb284030ba59bc44beaad6302379685cf5c27a94d1fb9453cb84a26f919a99531e476aefc9dbc3176c4



Factura impresa por computador, software Propio SAP Business ONE: AMANECER MEDICO SAS NIT 805010659-6

NIT: 805.010.659-6 - REGIMEN : Responsable sobre las ventas - IVA

**Direccion:** Avenida 30 De Agosto Nº 49-36 - (606) 340 0592

Documento Oficial de Numeracion de Facturacion No. 18764070398435 F.RES 08/05/2024 - F.VEN 08/10/2026 Rango desde EPER 30001 Hasta EPER 50000 Somos grandes contribuyentes en el municipio de Santiago de Cali - Bucaramanga

**Sucursal**: PEREIRA **Fecha**: 05/09/2024 - **Fecha Vencimiento** :05/10/2024 **Factura Electronica de Venta No. EPER33061**

**Cliente**: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**NIT/ID/RUT** : 899999034
**Ciudad** : BOGOTA
**Barrio** :
**Telefonos** : 3135800 - 0
**Dirección** : CL 57 8 69
**Email** : siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**Paciente** : OCTAVIO MEJIA ESTRADA

**Id** : 2475776
**Ciudad** : PEREIRA
**Barrio** : CONDOMINIO EL MIRADOR 2 VIA CERRITOS-CARTAGO
**Telefonos** : 3122594623 ------ 3218516504
**Dirección** : CS 4

| Codigo | Descripión del concepto | Cant. | Precio | Dcto. | Precio Dtco. | IVA | Subtotal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A041 | SUMINISTRO CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO EVERFLO 1020003<br>Desde 01/08/2024 Hasta 31/08/2024 | 30 | 4.667 | 0,0 | 4.667 | 0 | 140.000 |
| | Series : A0414486 | | | | | | |

**Forma de Pago**: Credito **Condición de Pago**: (VEN) - Crédito 30 días **Medio de Pago**: Acuerdo mutuo **Total Lineas**: 1

Observaciones:
#$36-02-00-066-000000; CO1.PCCNTR. 6193329; esalinasq@sena.edu.co #$

| | |
|---|---|
| **SUB-TOTAL**: | 140.000 |
| **Descuento** : | 0% - 0 |
| **Impuesto** : | 0 |
| **Copago** : | 0 |
| **Total** : | 140.000 |

**Son**: CIENTO CUARENTA MIL PESOS

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio según ART 774 del código de comercio y podra causar intereses de mora al máximo legal vigente, sin perjuicio de la acción legal por incumplimiento.

Autorizo a Amanecer Medico SAS a consultar y reportar en las centrales de riesgo las facturas de cobro que se causen por el servicio que estoy tomando a partir de la fecha

Usuario : DIANA CAROLINA MEJIA Fecha y Hora : 05/09/2024 - 11:41:47

**Recibido**

ARMENIA: Av. Bolívar Nº 8N-67 Local 4 - Armenia Hotel TEL: (606) 736 2800
ARROYOHONDO: Calle 13 Nº 32-575 Bodega 7 TEL: (602) 330 0008
BARRANQUILLA: Carrera 49C Nº 79 - 66 TEL: (605) 385 0352
BOGOTA: Av. Calle 127 Nº 70D-62 TEL: (601) 744 3034
BUCARAMANGA: Carrera 33 Nº 56-56 TEL: (607) 697 8166
BUENAVENTURA: Calle 5 Nº 14-73 TEL: (602) 297 9046
CALI - IMBANACO: Carrera 38A # 5A - 35 Imbanaco TEL: (602) 489 3321
CALI - LIMONAR: Carrera 66 Nº 5-64 TEL: (602) 489 3335
CALI - NORTE: Av. Estación 3 Bis-10 TEL: (602) 489 3291
CARTAGENA: Carrera 71 Dg 31-65 Providencia TEL: (605) 693 0542
FLORENCIA: Calle 18 Nº 10-24 Centro TEL: (608) 437 7021
JARDIN CENTRAL 2: Calle 25 # 98-154 o Carrera 98 # 18-98 TEL: NA
MANIZALES: Calle 50 Carrera 26 Esquina TEL: (606) 896 2086
MEDELLIN: Carrera 81 Nº 30-24 Belén TEL: (604) 604 4380
NEIVA: CARRERA 6 +20-16 SUR TEL: (311) 217 4332
PASTO: Calle 18A Nº 41-21 TEL: (602) 738 2357
REINA VICTORIA: Calle 18A Norte Nº 5-26 Local 102 TEL: (602) 833 4712
RIONEGRO: Carrera 46 Nº 47 – 11 TEL: (604) 614 8093
SANTA MARTA: Calle 22 Nº 14-55 Frente Clínica Benedicto TEL: (605) 436 5036
SINCELEJO: Carrera 20 17-32 loc. 106 Barrio La Ford TEL: N/A
TULUA: Calle 26 Nº 33A-33 Alvernia TEL: (602) 235 9930
VILLAVICENCIO: Calle 34 Nº 38-09 Esquina Barzal Alto TEL: (608) 684 8592
YOPAL: CARRERA 21 427-48 B/PROVIENDA TEL: 3124631294



Factura impresa por computador, software Propio SAP Business ONE: AMANECER MEDICO SAS NIT 805010659-6

NIT: 805.010.659-6 - REGIMEN : Responsable sobre las ventas - IVA

**Direccion:** Avenida 30 De Agosto Nº 49-36 - (606) 340 0592

Documento Oficial de Numeracion de Facturacion No. 18764070398435 F.RES 08/05/2024 - F.VEN 08/10/2026 Rango desde EPER 30001 Hasta EPER 50000 Somos grandes contribuyentes en el municipio de Santiago de Cali - Bucaramanga

**Sucursal**: PEREIRA **Fecha**: 05/09/2024 - **Fecha Vencimiento** :05/10/2024 **Factura Electronica de Venta No. EPER33076**

**Cliente**: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

**NIT/ID/RUT** : 899999034
**Ciudad** : BOGOTA
**Barrio** :
**Telefonos** : 3135800 - 0
**Dirección** : CL 57 8 69
**Email** : siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

**Paciente** : JULIA GRAJALES DE GRANADA

**Id** : 24903629
**Ciudad** : PEREIRA
**Barrio** :
**Telefonos** : 3108805241 ------ 3134747940
**Dirección** : KM 9 VIA CERRITOS FCA LA LIBERTAD

| Codigo | Descripión del concepto | Cant. | Precio | Dcto. | Precio Dtco. | IVA | Subtotal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A208 | SUMINISTRO CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO NUVO LITE<br>Desde 31/08/2024 Hasta 31/08/2024 | 1 | 4.667 | 0,0 | 4.667 | 0 | 4.667 |
| | Series : A20873 | | | | | | |

**Forma de Pago**: Credito **Condición de Pago**: (VEN) - Crédito 30 días **Medio de Pago**: Acuerdo mutuo **Total Lineas**: 1

Observaciones:
#$36-02-00-066-000000; CO1.PCCNTR. 6193329; esalinasq@sena.edu.co #$

| | |
|---|---|
| **SUB-TOTAL**: | 4.667 |
| **Descuento** : | 0% - 0 |
| **Impuesto** : | 0 |
| **Copago** : | 0 |
| **Total** : | 4.667 |

**Son**: CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio según ART 774 del código de comercio y podra causar intereses de mora al máximo legal vigente, sin perjuicio de la acción legal por incumplimiento.

Autorizo a Amanecer Medico SAS a consultar y reportar en las centrales de riesgo las facturas de cobro que se causen por el servicio que estoy tomando a partir de la fecha

Usuario : DIANA CAROLINA MEJIA Fecha y Hora : 05/09/2024 - 12:01:19

**Recibido**



cufe:bc962bf19c50e16c24ded09b5131a16b3dcab49abc2010ab34a21784aaa79ea416da805c196dfb2355944201fe0de1c7



Factura impresa por computador, software Propio SAP Business ONE: AMANECER MEDICO SAS NIT 805010659-6

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14996873771

(415)7707212489984(8020) 000001499687377 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

## 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
AMANECER MEDICO SAS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 66 5 64 BRR LIMONAR

42. Correo electrónico contabilidad@amanecermedico.com

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

## 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 |
| 7 7 3 0 | 1 9 9 8 0 6 0 8 | 4 7 7 3 | 1 9 9 8 0 6 0 8 | | 8 6 9 9 | | | 3 1 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 1 0 1 4 1 6 4 2 4 8 5 2 5 5 5 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales
59 - Autorretención especial renta

## Usuarios aduaneros

54. Código: 2 2 2 3

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 1 | 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 - 18 / 11 : 53: 39

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 GALINDO PABON ALBERTO

985. Cargo Representante legal Certificado

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali | 5 | |

## Características y formas de las organizaciones

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

## Constitución, Registro y Última Reforma

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

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 6 0 1 0 1 | | - |
| 2 | 2 1 | 2 0 1 4 1 2 3 0 | | - |
| 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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali | 5 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | |
|---|---|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 1 9 9 8 0 4 2 8 | | |
| **100. Tipo de documento** | **101. Número de identificación** | **102. DV** | **103. Número de tarjeta profesional** |
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 7 9 4 6 5 8 5 1 | | |
| **104. Primer apellido** | **105. Segundo apellido** | **106. Primer nombre** | **107. Otros nombres** |
| GALINDO | PABON | ALBERTO | |
| **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 | 1 9 9 8 0 4 2 8 | | |
| **100. Tipo de documento** | **101. Número de identificación** | **102. DV** | **103. Número de tarjeta profesional** |
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 5 2 2 2 1 8 1 2 | | |
| **104. Primer apellido** | **105. Segundo apellido** | **106. Primer nombre** | **107. Otros nombres** |
| CUBIDES | SARMIENTO | SONIA | PATRICIA |
| **108. Número de Identificación Tributaria (NIT)** | **109. DV** | **110. Razón social representante legal** | |
| | | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | |
|---|---|---|---|
| APOD. GENERAL 0 7 | 2 0 1 8 0 5 1 6 | | |
| **100. Tipo de documento** | **101. Número de identificación** | **102. DV** | **103. Número de tarjeta profesional** |
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 2 5 2 7 7 9 8 5 | | |
| **104. Primer apellido** | **105. Segundo apellido** | **106. Primer nombre** | **107. Otros nombres** |
| FERNANDEZ | MARTINEZ | SANDRA | LORENA |
| **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** | |
| | | | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**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 2 1 8 1 2 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CUBIDES | SARMIENTO | SONIA | PATRICIA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| 25,000,000 | 5 0 | 1 9 9 8 0 4 2 8 | 2 0 1 4 1 2 3 0 |

**2**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GALINDO | PABON | ALBERTO | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| 25,000,000 | 5 0 | 1 9 9 8 0 4 2 8 | 2 0 1 4 1 2 3 0 |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

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

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

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

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**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 | 1 6 6 5 5 5 9 6 | | 1 9 4 5 9 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RAMIREZ | BALANTA | HUMBERTO | |

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

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 4 0 6 2 4 |

**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 |
|---|
| |

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS SUR

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 66 5 64 BRR LIMONAR

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 4 8 4 2 4 6 2 | 1 9 9 8 0 5 0 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS NORTE

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: AV ESTACION 3 BIS 10

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 6 5 1 4 2 9 2 | 2 0 0 5 0 2 0 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS IMBANACO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 38 A 5 A 35

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 7 5 3 3 3 9 | 2 0 0 8 1 1 2 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS POPAYAN

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

165. Dirección: CL 18 NORTE 6 32

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 8 4 4 1 2 | 2 0 0 5 0 5 1 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 8 3 6 1 0 0 6 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BARRANQUILLA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

165. Dirección: CR 49 79 66 BRR PORVENIR

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 5 5 0 0 5 1 | 2 0 1 2 0 7 2 4 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 5 3 0 4 4 2 9 4 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BOGOTA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

165. Dirección: AV CL 127 70 D 62

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 6 6 7 9 7 1 | 2 0 0 7 0 1 2 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 1 3 3 0 0 0 0 8 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Agencia 0 1 | Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9 | |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS PASTO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Nariño 5 2 | Pasto 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 18 A 41 21 SEC VALLE DE ATRIZ

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 9 7 4 6 4 | 2 0 0 5 0 5 0 4 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 2 7 3 1 7 2 0 7 | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Sucursal 1 0 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 | |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BUENAVENTURA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Buenaventura 1 0 9 | |

165. Dirección: CL 5 14 73 SEC CENTRO BRR CENTRO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 4 1 3 4 4 | 2 0 0 3 1 0 1 6 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 2 2 4 1 6 7 2 6 | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 | |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS MEDELLIN

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 81 30 24

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 2 1 4 9 0 2 3 5 0 2 | 2 0 1 0 0 3 0 9 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 4 3 3 0 0 0 0 8 | | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS PEREIRA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 |

165. Dirección: AV 30 DE AGOSTO 49 36

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 6 3 1 1 4 0 2 | 2 0 0 9 0 8 0 5 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 6 3 2 9 1 7 5 0 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS MANIZALES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 |

165. Dirección: CL 50 26 ESQ

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 4 7 1 8 6 | 2 0 1 1 0 7 1 2 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 6 8 9 1 1 7 7 1 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS VILLAVICENCIO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

165. Dirección: CL 35 37 43 BRR BARZAL

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 2 5 8 9 1 9 | 2 0 1 3 1 2 1 7 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 8 6 7 2 8 8 0 0 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 | |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BUCARAMANGA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 33 56 56 ESQ BRR CONUCOS

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 0 5 3 1 3 8 9 8 0 3 | 2 0 1 5 0 1 2 8 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 7 6 9 0 9 1 9 8 | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Agencia 0 1 | Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3 | |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS CARTAGENA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 71 DG 31 65 BRR PROVIDENCIA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 0 9 3 7 4 0 9 2 0 2 | 2 0 1 7 0 3 0 2 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 5 3 3 0 0 0 0 8 | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 | |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS FLORENCIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 18 10 05 ESQ BRR CENTRO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 9 9 6 7 6 | 2 0 1 7 0 5 2 3 | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 8 4 3 7 7 0 2 1 | | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA ARROYOHONDO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Yumbo 8 9 2 |

165. Dirección: CL 13 32 575

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 9 8 7 2 4 2 2 | 2 0 1 7 0 5 3 0 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 42 7 30

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 8 9 9 0 1 5 2 | 2 0 1 4 0 4 3 0 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA MANIZALES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 |

165. Dirección: CR 27 A 48 69 BRR EL CAMPIN

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 9 1 1 2 1 | 2 0 1 8 0 2 2 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 6 8 9 7 1 7 7 1 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA PASTO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Nariño 5 2 | Pasto 0 0 1 |

165. Dirección: CL 12 4 76 BRR CHAPAL

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 8 0 5 2 9 | 2 0 1 8 0 3 2 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 5 4 3 8 9 2 1 7 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA POPAYAN

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

165. Dirección: CL 1 MZ D BG 2 PAR INDUSTRIAL

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 7 8 3 5 2 | 2 0 1 8 0 2 2 7 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 8 3 3 9 0 8 7 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS OFICINAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 100 16 321 OF 907 ED JARDIN CENTRAL BUSINESS CENTER

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 8 9 9 0 2 0 2 | 2 0 1 4 0 4 3 0 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS TULUA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Tuluá 8 3 4 |

165. Dirección: CL 26 33 A 33

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 9 5 4 4 8 | 2 0 1 8 1 0 2 3 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 2 3 5 6 8 4 9 9 2 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS POPAYAN 3

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

165. Dirección: CL 18 A NORTE 5 26 LC 102

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 8 7 5 8 2 | 2 0 1 9 0 1 2 3 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 5 4 1 8 5 4 2 2 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA VILLAVICENCIO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

165. Dirección: CR 33 A 16 22 BRR LA FLORIDA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 3 5 0 9 5 6 | 2 0 1 9 0 4 2 5 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 8 6 6 5 7 1 4 7 | 2 0 2 2 0 4 2 8 |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA BOGOTA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cundinamarca 2 5 | Funza 2 8 6 |

165. Dirección: AUT MEDELLIN KM 7 COSTADO OCCIDENTAL LT 155 BG 5

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 3 0 3 9 5 | 2 0 1 9 0 4 1 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 7 6 5 7 9 0 0 6 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA FLORENCIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Caquetá 1 8 | Florencia 0 0 1 |

165. Dirección: CL 18 10 24

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 1 0 7 2 5 | 2 0 1 9 0 6 2 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 8 4 3 7 7 0 2 1 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA CARTAGENA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

165. Dirección: CENTRO INDUSTRIAL Y COMERCIAL TERNERA 2 LC 14 KM 1 VIA TURBACO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 9 4 2 1 8 9 7 0 2 | 2 0 1 9 0 8 2 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA MONTERIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

165. Dirección: KM 3 VIA MONTERIA - PLANETA RICA LC 2 ET 3 UN 46 CENTRO LOGISTICO E INDUSTRIAL

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 7 3 3 4 7 | 2 0 1 9 0 7 1 1 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 7 5 1 6 7 3 1 5 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS ARMENIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Quindío 6 3 | Armenia 0 0 1 |

165. Dirección: AV BOLIVAR 8 NORTE 67 LC 4

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 2 5 6 8 2 3 | 2 0 2 1 1 2 2 3 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 6 5 2 4 2 9 1 2 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS SANTA MARTA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

165. Dirección: CL 22 14 55

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 2 5 3 3 7 6 | 2 0 2 2 0 3 2 2 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 8 5 1 6 8 3 1 5 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS MONTERIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

165. Dirección: CL 27 11 54 LC 2

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 8 7 3 9 8 | 2 0 2 1 0 4 2 0 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 2 4 0 2 7 6 5 5 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS SINCELEJO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Sucre 7 0 | Sincelejo 0 0 1 |

165. Dirección: CR 20 CL 16 17 30

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 2 8 2 8 7 | 2 0 2 2 0 6 2 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 2 1 3 3 7 7 3 0 6 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA NEIVA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Huila 4 1 | Neiva 0 0 1 |

165. Dirección: CR 6 20 16

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 3 7 9 9 8 3 | 2 0 2 2 1 0 2 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14996873771

(415)7707212489984(8020) **000001499687377 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 1 0 6 5 9 | 6 | Impuestos de Cali 5 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS BODEGA YOPAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Casanare 8 5 | Yopal 0 0 1 |

165. Dirección: CR 21 27 48

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 5 6 8 2 3 2 | 2 0 2 2 1 1 2 2 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 8 3 5 4 0 3 7 7 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangib 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANECER MEDICO SAS OFICINAS 2

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 25 98 154 O F 1210 ED JARDIN CENTRAL BUSINESS CENTER 2

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 1 9 9 3 3 9 | 2 0 2 3 0 9 1 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 3 3 0 0 0 0 8 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquinaria, equipo y bienes tangi 7 7 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: AMANCER MEDICO SAS RIONEGRO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | Rionegro 6 1 5 |

165. Dirección: CR 46 47 11

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 5 9 5 6 1 | 2 0 2 4 0 2 0 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 2 0 9 0 5 7 0 8 2 | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

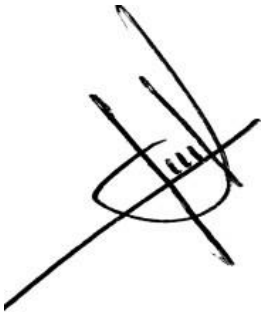
**DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CERTIFICA QUE**

La empresa Amanecer Médico SAS con Nit 805010659-6 han cumplido con los pagos de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos (06) meses al Sistema de Seguridad Social de los empleados vinculados con la actividad de Renta y Venta de equipos y dispositivos biomédicos y gases medicinales, por lo tanto, se encuentra a PAZ Y SALVO con los empleados, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Los Fondos de Pensiones, Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), La Caja de Compensación Familiar, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y FIC.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley789 de 2002, a los 02 días del mes de septiembre 2024.

Cordialmente,



HUMBERTO RAMIREZ B
REVISOR FISCAL
MAT 19459-t

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 805010659 | 6 | AMANECER MEDICO SAS | A - 200 O MAS COTIZANTES | COMFANDI CALI | CRA 66 No 5-64 | CALI-VALLE | 3300008 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-08 | 844935314 | 9471251966 | E | 2024/08/15 | 2024/08/15 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $193,123,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 350 | $112,881,400 | $0 | $0 | $112,881,400 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 18 | $4,999,400 | $0 | $0 | $4,999,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 91 | $32,001,900 | $0 | $0 | $32,001,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 169 | $54,916,500 | $0 | $0 | $54,916,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 71 | $20,634,500 | $0 | $0 | $20,634,500 |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 1 | $329,100 | $0 | $0 | $329,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 362 | $16,425,100 | $0 | $0 | $16,425,100 |
| COLMENA | 14-25 | 800,226,175 | 3 | 362 | $16,425,100 | $0 | $0 | $16,425,100 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 20) | | | | 350 | $27,196,800 | $0 | $0 | $27,196,800 |
| CAJAMAG | CCF33 | 891,780,093 | 3 | 2 | $138,300 | $0 | $0 | $138,300 |
| CAJASAN | CCF39 | 890,200,106 | 1 | 5 | $393,100 | $0 | $0 | $393,100 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 5 | $343,400 | $0 | $0 | $343,400 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 23 | $1,750,100 | $0 | $0 | $1,750,100 |
| COMCAJA | CCF68 | 800,231,969 | 4 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| COMFACA | CCF13 | 891,190,047 | 2 | 5 | $344,700 | $0 | $0 | $344,700 |
| COMFACASANARE | CCF69 | 844,003,392 | 8 | 2 | $81,600 | $0 | $0 | $81,600 |
| COMFACAUCA | CCF14 | 891,500,182 | 0 | 30 | $2,202,900 | $0 | $0 | $2,202,900 |
| COMFACOR | CCF16 | 891,080,005 | 1 | 20 | $1,362,300 | $0 | $0 | $1,362,300 |
| COMFAMA | CCF04 | 890,900,841 | 9 | 16 | $1,281,900 | $0 | $0 | $1,281,900 |
| COMFAMILIAR ATLANTICO | CCF07 | 890,101,994 | 9 | 11 | $908,200 | $0 | $0 | $908,200 |
| COMFAMILIAR HUILA | CCF32 | 891,180,008 | 2 | 5 | $349,400 | $0 | $0 | $349,400 |
| COMFAMILIAR NARIÑO | CCF35 | 891,280,008 | 1 | 17 | $1,053,100 | $0 | $0 | $1,053,100 |
| COMFAMILIAR PUTUMAYO | CCF63 | 891,200,337 | 8 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| COMFAMILIAR RISARALDA | CCF44 | 891,480,000 | 1 | 19 | $1,340,000 | $0 | $0 | $1,340,000 |
| COMFANDI | CCF57 | 890,303,208 | 5 | 157 | $13,431,800 | $0 | $0 | $13,431,800 |
| COMFASUCRE | CCF41 | 892,200,015 | 5 | 6 | $353,200 | $0 | $0 | $353,200 |
| COMFENALCO CARTAGENA | CCF08 | 890,480,023 | 7 | 8 | $490,500 | $0 | $0 | $490,500 |
| COMFENALCO QUINDIO | CCF43 | 890,000,381 | 0 | 6 | $406,900 | $0 | $0 | $406,900 |
| CONFAMILIARES | CCF11 | 890,806,490 | 5 | 11 | $913,400 | $0 | $0 | $913,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 18) | | | | 362 | $34,120,300 | $0 | $0 | $34,120,300 |
| A.I.C. | EPSIC3 | 817,001,773 | 3 | 1 | $52,000 | $0 | $0 | $52,000 |
| ASMET SALUD EPS SAS | ESSC62 | 900,935,126 | 7 | 4 | $361,700 | $0 | $0 | $361,700 |
| COMFENALCO VALLE | EPS012 | 890,303,093 | 5 | 11 | $847,300 | $0 | $0 | $847,300 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 5 | $530,700 | $0 | $0 | $530,700 |
| COOSALUD EPS | EPS042 | 900,226,715 | 3 | 3 | $207,100 | $0 | $0 | $207,100 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 3 | $180,800 | $0 | $0 | $180,800 |
| EMSSANAR | ESSC18 | 901,021,565 | 8 | 8 | $543,200 | $0 | $0 | $543,200 |
| EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS | CCFC33 | 901,543,761 | 5 | 1 | $52,000 | $0 | $0 | $52,000 |
| EPS MUTUAL SER | EPS048 | 806,008,394 | 7 | 3 | $217,800 | $0 | $0 | $217,800 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 90 | $13,612,000 | $0 | $0 | $13,612,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 11 | $736,800 | $0 | $0 | $736,800 |
| MALLAMAS | EPSIC5 | 837,000,084 | 5 | 1 | $52,000 | $0 | $0 | $52,000 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 2 | $214,600 | $0 | $0 | $214,600 |

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 805010659 | 6 | AMANECER MEDICO SAS | A - 200 O MAS COTIZANTES | COMFANDI CALI | CRA 66 No 5-64 | CALI-VALLE | 3300008 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-08 | 844935314 | 9471251966 | E | 2024/08/15 | 2024/08/15 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $193,123,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 44 | $3,238,400 | $0 | $0 | $3,238,400 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 3 | $292,100 | $0 | $0 | $292,100 |
| S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. | EPS018 | 805,001,157 | 2 | 26 | $2,149,300 | $0 | $0 | $2,149,300 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 48 | $3,117,600 | $0 | $0 | $3,117,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 98 | $7,714,900 | $0 | $0 | $7,714,900 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $1,500,000 | $0 | $0 | $1,500,000 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 2 | $1,500,000 | $0 | $0 | $1,500,000 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $1,000,000 | $0 | $0 | $1,000,000 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 2 | $1,000,000 | $0 | $0 | $1,000,000 |
| **TOTAL** | | | | **362** | **$193,123,600** | **$0** | **$0** | **$193,123,600** |

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

D0A79DE05B4E9E48

**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 **HUMBERTO RAMIREZ BALANTA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 16655596 de CALI (VALLE DEL CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 19459-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

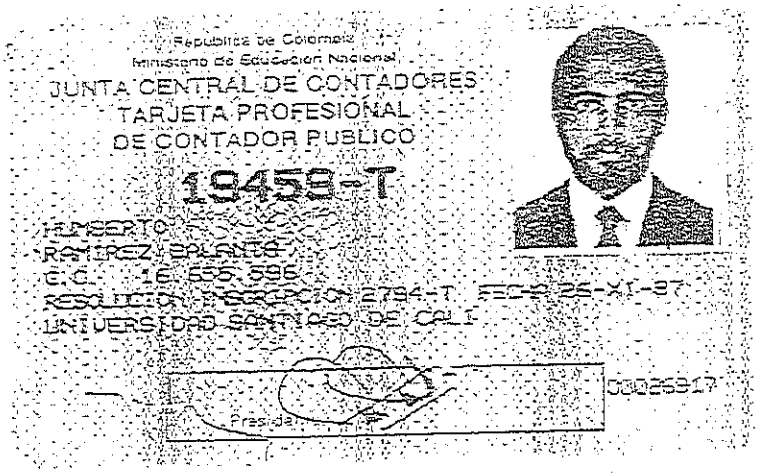
**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ******************************
**********************************************************************
*********************************************************************

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Septiembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

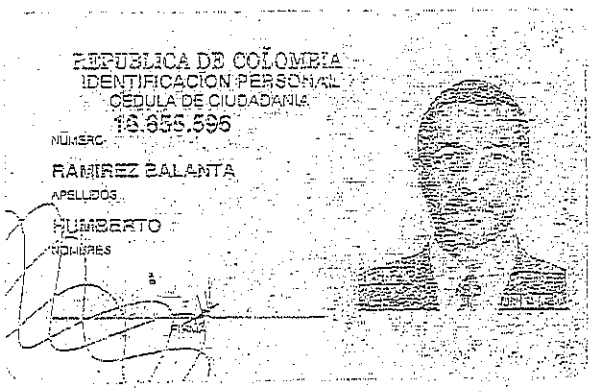
**DIRECTOR GENERAL**

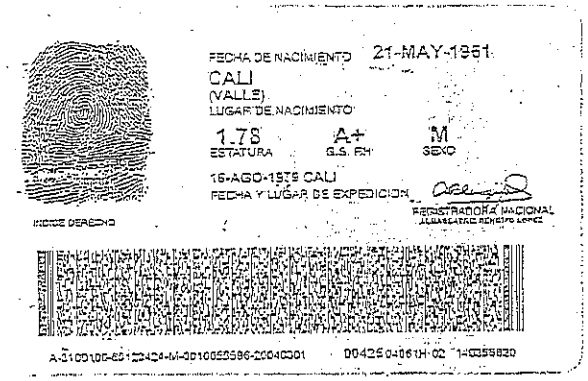
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

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



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
19458-T
HUMBERTO
RAMIREZ SALAZAR
C.C. 16.655.596
RESOLUCION REGISTRO 2784-T FECHA 25-XI-97
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
Presidente
00025917


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
16.656.596
RAMIREZ BALANTA
APELLIDOS
HUMBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1951
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
16-AGO-1978 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-3100100-6512243-M-0016656596-20040301 0042504061H 02 1403355820