Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	2	
FECHA PRESENTE ACTA	11/09/2024	
CONTRATO _X_ CONVENIO _____	899	DE FECHA: 08 de marzo 2024
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES	
CONTRATISTA	ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT R/L. JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS	NIT:901.578.391-4 C.C:91496249
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	DEISY SARITA RINCON ALFONSO	C.C: 1052389520
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : $130.000.000,00 MCTE APORTE DEPARTAMENTO: APORTE DE CONTRAPARTE:	
ADICIONAL N° _____	VALOR N/A	
ADICIONAL N° _____	VALOR N/A	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 130.000.000,00 MCTE	
PLAZO INICIAL	De Fecha: NUEVE (9) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha:N/A
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha:N/A
PLAZO TOTAL	De Fecha: NUEVE (9) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.	
FECHA DE INICIACIÓN	19 de marzo de 2024	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	18 DE DICEMBRE DE 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01 de junio al 31 de julio de 2024	
RBPP N°	**N/A**	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 1643 AÑO: 2024.

En las oficinas de **La Subdireccion de Seguridad y Salud en el Trabajo** se reunieron los señores, Deisy Sarita Rincón Alfonso Interventor / Supervisor y el señor Juan Pablo Carvajal Rojas como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales de acuerdo a las planillas No. 30218362, 30512038, CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S., de los meses de junio y julio de 2024 y 77985852, 78512113 ZONAMEDICA MR SAS-IPS, de los meses de junio y julio de 2024 respectivamente de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 130.000.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 18.382.000,00
Valor Total actas pagadas		$ 22.256.000,00
Saldo por ejecutar		$ 89.362.000,00
Sumas iguales	**$ 130.000.000,00**	**$ 130.000.000,00**

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 1460 -2024

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 003800235396	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS: X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: **DEISY SARITA RINCÓN ALFONSO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT
JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS
CONTRATISTA

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 15/10/2024

Radicado No.
* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 5**
		CODIGO: A-GF-GI-F-005
CONSTANCIA DE RADICACIÓN PAGO FINAL, PARCIAL O ÚNICO		**FECHA: 24/Jun/2022**

Contrato No.	**0899 DE 2024**
Contratista:	**ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT**
Teléfono y Correo Electrónico:	**311 8467625 medilaboral@laboratoriocarvajal.com**
Período Informe Supervisión:	Del 01 de junio al 31 de julio de 2024
Pago	Único _____ Parcial__X____ Final_____

DOCUMENTO	**DESTINO**
	CENTRAL DE CUENTAS
Constancia de Radicación Pago Final Parcial o Único	**X**
Registro Presupuestal. RPC primer pago o pago único	**X**
Registro Presupuestal. RPC SPGRSSF Sistema General de Regalías.	**X**
Certificación Bancaria a nombre del contratista para primer pago o cuando requiera reportar novedad sobre la cuenta. Nota: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria. Nota: Para el caso de anticipos la cuenta bancaria debe venir denominada con el número y nombre del contrato	**X**
Comprobante de Ingreso de Tesorería con Certificación Rendimientos financieros, cuando hubo giro de anticipos.	**X**
Copia Contrato o Convenio. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere).	**X**
Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal	**X**
Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos en que no se identifique el supervisor en la mínuta del contrato o convenio	**X**
Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal del Interventor	**X**
Acta de Iniciación de contrato. 1er Pago y pago único	**X**
Acta de Aclaración	**X**
Acta de Suspensión	**X**
Acta de Reiniciación	**X**
Acta Parcial. Nota: Dejar claridad en observaciones cuando exista Cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o mas fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta parcial)	**X**
Sábana, solamente para Contrato de Obra	**X**
Factura electrónica o Documento Equivalente. (Artículo 617 y 618 de Estatuto Tributario). Incluir en la factura para consorcios y uniones temporales nombre o razón social, Nit, y % de participación de sus integrantes s/n D. 3050/97 Art. 11. y Art.1.6.1.4.8 decreto 1625/2016 para el caso de consorcios y uniones temporales	**X**
Comprobante Entrada Almacén y Acta de Recibo suministros Almacén (Cuando las obligaciones contractuales contemplan elementos o bienes de Consumo y/o devolutivos)	**X**
Certificación de cumplimiento del periodo a pagar expedida por el supervisor. Nota aplica únicamente para arrendamientos o contratos que lo soliciten en la cláusula forma de pago	**X**
Acta de Terminación	**X**
Acta de Recibo Final. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de recibo final)	**X**
Acta de Liquidación. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de liquidación)	**X**
Aclaratoria Acta de Liquidación. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato aclaratoria acta de liquidación)	**X**
Para pago final Contrato de Interventoría, Acta de Liquidación de Contrato al que se realiza la Interventoría	**X**
Planillas aportes en seguridad social del periodo autorizado a pagar	**X**

Para Personas Naturales Certificación por parte del contratista de aportes en seguridad social y para efectos de Retención en la fuente de acuerdo al Art. 18 de la Ley 1819 de 2016 que adiciona el Art. 388 del Estatuto Tributario; en lo que compete a Número de Empleados informando el régimen al que pertenece.	**X**
Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores.	**X**
Paz y Salvo COMFABOY, y Certificación FIC expedida por el SENA (Parafiscales cuando aplique)	**X**
Registro Único Tributario. RUT. Impreso o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	**X**
Recibo de pago Estampilla Prodesarrollo y Sobretasa Bomberil s/n lo establecido en la Ordenanza 022/12, Capítulo II Art. 206 - 214 y Capítulo III Art. 215 – 227 y demás normas reglamentarias. Para Vigencia 2017 y vigencias anteriores	**X**
Otros, informes, actas y demás documentos, si lo establece el contrato en la cláusula forma de pago del contrato. 1._____ 2._____ 3. _____	**X** Digitar documentos de acuerdo a lo establecido en forma de pago.

OBSERVACIONES:

1. Los datos consignados son tomados de los documentos originales que reposan en el expediente contractual suscrito por los intervinientes y bajo su absoluta responsabilidad.
2. Los datos registrados varían de acuerdo con la naturaleza del contrato.
3. Los soportes precontractuales reposan en el expediente, incluidos los estudios previos..
4. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos entregados al contratista a título de anticipo pertenecerán al Tesoro.
5. Los datos diligenciados por Funcionario de Central de Cuentas deben contener Nombre completo, claro y legible.
6. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.



Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE DEL 01 DE JUNIO AL_31 DE JULIO 2024 CONTRATO No. 899

REGISTRO BPyP No.: N/A

FECHA INICIACIÓN: 19/03/2024 FECHA TERMINACIÓN 18/12/2024

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 15/10/2024

CONTRATISTA: ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT INTERVENTOR: _ DEISY SARITA RINCON ALFONSO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Al inicio de la ejecución del contrato, debe entregar a la supervisión, un instructivo completo que contenga las condiciones que deben seguir los usuarios citados con las recomendaciones previas para la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, egreso y periódicas y exámenes complementarios según sea el caso y teniendo en cuenta la contingencia COVID-19	Se realiza envio de protocolo de preparacion de examenes a supervisor de contrato previo a la prestacion de los servicios de los funcionarios.	X			En el momento del agendamiento de los usuarios se informan las reomendaciones necesarias según cargo
2	Realizar los procedimientos y valoraciones necesarias de acuerdo a la normatividad vigente y los documentos aportados por la supervisión, en un centro médico en óptimas condiciones para tal fin en las ciudades de Tunja, Duitama, Sogamoso y Bogotá, según las indicaciones y necesidades de la supervisión de contrato. Para lo anterior debe brindarse sus propias garantías logísticas, así como los equipos, instrumentos, insumos y demás elementos necesarios para la óptima prestación del objeto contractual. Así mismo el lugar deberá contar con los respectivos registros de habilitación correspondientes	Se realiza envio de cada paraclinico y certificado ocupacional a los correos entregados por cada funcionario		X		Se realizan los procedimientos y valoraciones necesarias de acuerdo a la normatividad vigente y los documentos aportados por la supervisión, en un centro médico en óptimas condiciones para tal fin en las ciudades de Tunja, Duitama, Sogamoso y Bogotá, según las indicaciones y necesidades de la supervisión de contrato. Para lo anterior debe brindarse sus propias garantías logísticas, así como los equipos, instrumentos, insumos y demás elementos necesarios para la óptima prestación del objeto contractual. Así mismo el lugar deberá contar con los respectivos registros de habilitación correspondientes

	3 Incluir en las evaluaciones o conceptos médicos como mínimo toda la información establecida en las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o normatividad vigente. La evaluación o concepto médico deberá estar firmado por el paciente.	Se realiza inclusion de lo evaluaciones o conceptos médicos como mínimo toda la información establecida en las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o normatividad vigente, con firma digital.	X			Se incluyen las evaluaciones o conceptos médicos como mínimo toda la información establecida en las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o normatividad vigente. La evaluación o concepto médico deberá estar firmado por el paciente.
	4 Incluir en la historia clínica generada por la realización de las valoraciones nutricionales, como mínimo toda la información establecida en la Resolución 1995 de 1999 el Ministerio de Salud y Protección Social y dar cumplimiento al manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 839 de 2017 o la normatividad vigente que las modifiquen o sustituyan.	Se entrega a cada usuario su historia clinica de nutrición.		X		
	5 Entregar a cada trabajador direccionado al servicio de valoración e intervención nutricional, el plan nutricional completo y de más recomendaciones y o pautas, documentos, o elementos necesarios para el cumplimiento y dejar soporte de la entrega de los mismos, así como de la capacitación realizada	Se entre plan dietario y recomendaciones medicas a cada usuario.		X		Se entrega a cada trabajador direccionado al servicio de valoración e intervención nutricional, el plan nutricional completo y de más recomendaciones y o pautas, documentos, o elementos necesarios para el cumplimiento y dejar soporte de la entrega de los mismos, así como de la capacitación realizada
	6 Entregar al finalizar el contrato un informe de la intervención nutricional con los resultados obtenidos, impacto y recomendaciones sobre la población trabajadora que valore producto de este contrato, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas	Se entrega informe de atenciones de nutrición según lo establecido.			X	Se entrega informe finalizado el contrato
	7 Entregar a cada trabajador copia de la evaluación médica ocupacional practicada, dejando la respectiva constancia de su recibo para los casos en los que el funcionario no reclame su copia física, garantizar la entrega al correo electrónico con el soporte de la recepción del mismo.	Se entrega reporte de manera magnetica a los correos suministrados por los usuarios		X		Se entrega a cada trabajador copia de la evaluación médica ocupacional practicada, dejando la respectiva constancia de su recibo para los casos en los que el funcionario no reclame su copia física, garantizar la entrega al correo electrónico con el soporte de la recepción del mismo.

8	Entregar a la supervisión al inicio del contrato, soporte de socialización del profesiograma de la entidad a los médicos ocupacionales que realizarán la atención de los funcionarios.	Se realiza supervicion de profesiograma para realizar los examenes de cada usuario	X			Se entrego a la supervisión al inicio del contrato, soporte de socialización del profesiograma de la entidad a los médicos ocupacionales que realizarán la atención de los funcionarios.
9	Entregar a la supervisión del contrato copia de cada concepto médico ocupacional realizado, de acuerdo a las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o norma vigente. Se deberá entregar una relación de los conceptos entregados.	Se entrega informe de relacion de conceptos entregados		X		Se entrego a la supervisión del contrato copia de cada concepto médico ocupacional realizado, de acuerdo a las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o norma vigente. Se deberá entregar una relación de los conceptos entregados.
10	Realizar las evaluaciones médicas ocupacionales y las respectivas valoraciones complementarias de acuerdo a las solicitudes realizadas por la supervisión del contrato de acuerdo a lo establecido al listado de procedimientos establecido en las condiciones técnicas y al Profesiograma de la Entidad. Para cada valoración o actividad deberá constar un registro por parte de cada trabajador.	Se realiza evaluaciones médicas ocupacionales y las respectivas valoraciones complementarias de acuerdo a las solicitudes realizadas por la supervisión del contrato de acuerdo a lo establecido al listado de procedimientos establecido en las condiciones técnicas y al Profesiograma de la Entidad		X		Se realizan las evaluaciones médicas ocupacionales y las respectivas valoraciones complementarias de acuerdo a las solicitudes realizadas por la supervisión del contrato de acuerdo a lo establecido al listado de procedimientos establecido en las condiciones técnicas y al Profesiograma de la Entidad. Para cada valoración o actividad deberá constar un registro por parte de cada trabajador.
11	Entregar una certificación de cumplir con las condiciones técnicas y procedimientos para llevar, custodiar y mantener la reserva las historias clínicas ocupacionales de cada una de las personas a las que se le realice evaluaciones ocupacionales y complementarios producto de este contrato, de acuerdo a la normatividad vigente.	Se realiza Entrega de certificación para cumplir con las condiciones técnicas y procedimientos para llevar, custodiar y mantener la reserva las historias clínicas ocupacionales de cada una de las personas a las que se le realice evaluaciones ocupacionales y complementarios producto de este contrato, de acuerdo a la normatividad vigente	X			Se realiza Entrega carta de custodia de historias clincias
12	Entregar a la supervisión del contrato un resumen y diagnóstico general de salud actualizado a la fecha, sobre la población trabajadora que valore producto de este contrato, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas.	Se realiza entrega semanal de todos los certificados practicados a cada funcionario			X	Se Entrega a la supervisión del contrato un resumen y diagnóstico general de salud actualizado a la fecha, sobre la población trabajadora que valore producto de este contrato, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas.

13	Realizar una capacitación a la Brigada de Emergencias sobre los primeros auxilios de acuerdo a los factores de riesgo de mayor impacto y frecuencia encontrados en general en los conceptos médicos.	No se Realiza capacitación de Brigada de Emergencias sobre los primeros auxilios de acuerdo a los factores de riesgo de mayor impacto y frecuencia encontrados en general en los conceptos médicos.			X	No se Realiza capacitación de Brigada de Emergencias sobre los primeros auxilios de acuerdo a los factores de riesgo de mayor impacto y frecuencia encontrados en general en los conceptos médicos.
14	Apoyar la coordinación y ejecución del contrato con personal con conocimientos relacionados, que cumpla con los requisitos técnicos establecidos. Se evidenciará esta obligación con la copia de las solicitudes recibidas.	Se apoya al supervisor del contrato en la coordinacion para la ejecucion y cumplimiento del contrato	X			Se apoya al supervisor del contrato en la coordinacion para la ejecucion y cumplimiento del contrato
15	Las demás que sean asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el área de desempeño y conlleven el cumplimiento de los objetos propuestos – Subdirección De Seguridad Y Salud En El Trabajo - Dirección General de talento Humano de la Gobernación de Boyacá.	se da un apoyo inmediato a solicitudes adicionales al supervisor del contrato		X		se da un apoyo inmediato a solicitudes adicionales al supervisor del contrato
16	Dar cumplimiento a los Lineamientos y normatividad vigente emitidos por el Ministerio de Salud y protección Social y Ministerio del Trabajo en lo concerniente a la Pandemia COVID-19 con el fin de prevenir cualquier riesgo para los trabajadores.	Se da cumplimiento a los Lineamientos y normatividad vigente emitidos por el Ministerio de Salud y protección Social y Ministerio del Trabajo en lo concerniente a la Pandemia COVID-19 con el fin de prevenir cualquier riesgo para los trabajadores.	X			Se da cumplimiento a los Lineamientos y normatividad vigente emitidos por el Ministerio de Salud y protección Social y Ministerio del Trabajo en lo concerniente a la Pandemia COVID-19 con el fin de prevenir cualquier riesgo para los trabajadores.
17	Constituir las garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá.	Se Construye garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá	X			Se Construye garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá

18	Conforme a los lineamientos y normativas vigentes emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo, y en cumplimiento del contrato 0899-2024, dar cumplimiento a al tamizaje de las glucometrías llevado a cabo por Carvajal Laboratorio. En virtud de la reunión sostenida entre las partes el día 22 de marzo.	Se dio cumplimiento al contrato 0899-2024 con base a la reunión sostenida entre las partes el día 22 de marzo, Se envia el informe del tamizaje de las glucometrias, realizado por carvajal laboratorio los días 25 y 26 de abril del año en curso.	X			Se dio cumplimiento al contrato 0899-2024 con base a la reunión sostenida entre las partes el día 22 de marzo, Se envia el informe del tamizaje de las glucometrias, realizado por carvajal laboratorio los días 25 y 26 de abril del año en curso.

Firma: 

Nombre: DEISY SARITA RINCON ALFONSO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 

Nombre: ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT
CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1** **CÓDIGO: A-AD-GC-F-029**
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		**FECHA: 26/Feb/2021**

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	**CONVENIO:**	
INTERVENTORÍA:		**SUPERVISIÓN**	X
PARCIAL	X	**FINAL**	

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 15/10/2024

INFORME No:	2			FECHA:	**11**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	
PERIODO: DEL	**1**	de	**JUNIO**	de	**2024**	AL	**31**	de	**JULIO**	de	**2024**
No. CONTRATO O CONVENIO	**899**	DE	**2024**	FECHA:	**8**	de	**MARZO**	de	**2024**	
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 130.000.000,00**			RPC	**1643**					
REGISTRO BP y P No.	**N/A**									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT** **R/L. JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS**									

OBJETO:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES

INFORMACION DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	DEISY SARITA RINCON ALFONSO
Teléfono: 3133654629	Dirección: Calle 20 N° 9 - 90

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	19	3	2024
PLAZO INICIAL	El término de ejecución del contrato será de nueve (9) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio.		
PLAZO CON ADICIONES	N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	18	12	2024
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	18	12	2024

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)				
CONTRATO O CONVENIO				
DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	19	3	2024	
ACTA PARCIAL 1	17	6	2024	
ACTA PARCIAL 2	2	9	2024	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO			
CONTRATO O CONVENIO			
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)	VALOR	PLAZO
N/A		n/a	n/a
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL			

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO						
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	

1. Designar a una persona que sirva de enlace entre la supervisión del contrato y el contratista con el propósito de coordinar todo lo inherente con la ejecución del objeto del contrato.	Se estableció contacto con la persona designada por el contratista para la coordinación de la correcta ejecución del objeto del contrato.		X		
2. Realizar los procedimientos y valoraciones necesarias de acuerdo a la normatividad vigente y los documentos aportados por la supervisión, en un centro médico en óptimas condiciones para tal fin en las ciudades de Tunja, Duitama, Sogamoso y Bogotá, según las indicaciones y necesidades de la supervisión de contrato. Para lo anterior debe brindarse sus propias garantías logísticas, así como los equipos, instrumentos, insumos y demás elementos necesarios para la óptima prestación del objeto contractual. Así mismo el lugar deberá contar con los respectivos registros de habilitación correspondientes.	Se realiza el seguimeinto de envio de cada paraclinico y certificado ocupacional a los correos de los funcionarios evaluados.		X		
3. Incluir en las evaluaciones o conceptos médicos como mínimo toda la información establecida en las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o normatividad vigente. La evaluación o concepto médico deberá estar firmado por el paciente.	Se verifica que se incluya la información indicada en la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o normatividad vigente, y se encuentre firmada por el profesional de la salud que realiza la valoración.		X		
4. Incluir en la historia clínica generada por la realización de las valoraciones nutricionales, como mínimo toda la información establecida en la Resolución 1995 de 1999 el Ministerio de Salud y Protección Social y dar cumplimiento al manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 839 de 2017 o la normatividad vigente que las modifiquen o sustituyan.	Se hace seguimiento a la entrega a cada usuario su historia clinica de nutrición.		X		
5. Entregar a cada trabajador direccionado al servicio de valoración e intervención nutricional, el plan nutricional completo y de más recomendaciones y o pautas, documentos, o elementos necesarios para el cumplimiento y dejar soporte de la entrega de los mismos, así como de la capacitación realizada.	Se hace seguimiento a la entrega del plan dietario y recomendaciones medicas a cada funcionario.		X		

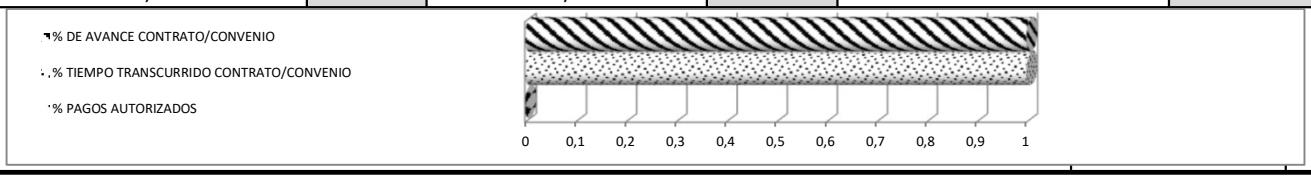
6. Entregar al finalizar el contrato un informe de la intervención nutricional con los resultados obtenidos, impacto y recomendaciones sobre la población trabajadora que valore producto de este contrato, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas.	La actividad se debe entregar al final del contrato, por lo cual al momento no aplica.			X	Se debe recibir la actividad al finalizar el contrato.
7. Registrar en el concepto médico ocupacional que se realizó la respectiva validación de los exámenes y paraclínicos realizados al funcionario.	Pendiente		X		
8. Entregar a cada trabajador copia de la evaluación médica ocupacional practicada, dejando la respectiva constancia de su recibo para los casos en los que el funcionario no reclame su copia física, garantizar la entrega al correo electrónico con el soporte de la recepción del mismo.	Se recibe del contratista informe, en el que consta el envío de la información al correo electronico que el funcionario a indicado.		X		
9. Entregar a la supervisión al inicio del contrato, soporte de socialización del profesiograma de la entidad a los médicos ocupacionales que realizarán la atención de los funcionarios.	Se cumplio con el soporte de Carvajal IPS.		X		Se encuentra a la espera de los soportes de socializacion de parte de Zona Medica, prestador de Bogotá.
10. Entregar a la supervisión del contrato copia de cada concepto médico ocupacional realizado, de acuerdo a las especificaciones técnicas y de acuerdo a la Resolución 2346 del 2007 del Ministerio de la Protección Social o norma vigente. Se deberá entregar una relación de los conceptos entregados.	Se recibe informe de la relacion de conceptos entregados por el contratista.		X		
11. Realizar las evaluaciones médicas ocupacionales y las respectivas valoraciones complementarias de acuerdo a las solicitudes realizadas por la supervisión del contrato de acuerdo a lo establecido al listado de procedimientos establecido en las condiciones técnicas y al Profesiograma de la Entidad. Para cada valoración o actividad deberá constar un registro por parte de cada trabajador.	Se realiza seguimiento de que se pratique las evaluaciones médicas ocupacionales y las respectivas valoraciones complementarias de acuerdo a las solicitudes realizadas por la supervisión del contrato de acuerdo a lo establecido al listado de procedimientos indicados en las condiciones técnicas y al Profesiograma de la Entidad		X		

12. Entregar una certificación de cumplir con las condiciones técnicas y procedimientos para llevar, custodiar y mantener la reserva las historias clínicas ocupacionales de cada una de las personas a las que se le realice evaluaciones ocupacionales y complementarios producto de este contrato, de acuerdo a la normatividad vigente.	Se recibe certificacion en donde se consta que se realiza el tratamiento de las historias clinicas según lo indica la normatividad vigente.		X		
13. Entregar a la supervisión del contrato un resumen y diagnóstico general de salud actualizado a la fecha, sobre la población trabajadora que valore producto de este contrato, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas.	Esta actividad se cumple cuando se finalice el contrato, por lo cual no aplica aún.			X	
14. Realizar una capacitación a la Brigada de Emergencias sobre los primeros auxilios de acuerdo a los factores de riesgo de mayor impacto y frecuencia encontrados en general en los conceptos médicos.	Actividad se encuentra para ejecutar en el ultimo mes de ejecucion del contrato, por lo cual no aplia aún.			X	

15.Apoyar la coordinación y ejecución del contrato con personal con conocimientos relacionados, que cumpla con los requisitos técnicos establecidos. Se evidenciará esta obligación con la copia de las solicitudes recibidas.	Se recibe el apoyo del contratista en todas las solicitudes realizadas.		x		
16. Las demás que sean asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el área de desempeño y conlleven el cumplimiento de los objetos propuestos – Subdirección De Seguridad Y Salud En El Trabajo - Dirección General de talento Humano de la Gobernación de Boyacá.	Se cumple con la actividad, por parte del contratista.		X		
17. Constituir las garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá.	Se puede evidenciar la constitucion de garantías por parte del contratista, la evidencia se encuentra publicada en la Plataforma SECOP II link del proceso contractual.		X		

INFORME TÉCNICO
En éste cuadro incluir Informe Técnico de acuerdo al requerimiento del objeto contractual

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**31,41%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**31,41%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**31,41%**



DESCRIPCION DETALLADA DE LA EJECUCION, AVANCE Y ESTADO DEL CONTRATO Y/O CONVENIO CON ESPECIFICACION EN CUANTO A LAS PARTICULARIDADES Y OBSERVACIONES PRESENTADAS EN EL DESARROLLO CONTRACTUAL

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Se evidencia la correcta ejecución del contrato, el contratista esta cumpliendo con la prestación de los servicios solicitados de acuerdo con las especificaciones solicitadas y en los plazos previstos, de acuerdo con los requerimientos del supervisor. El contrato contemplaba LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES solicitadas.

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	003800235396	FIDUCIA No.:	N/A	BANCO:	DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:	N/A				

NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA PARCIAL 1	17,27	17	6	2024	$ 22.256.000,00
ACTA PARCIAL 2	14,14	2	9	2024	$ 18.382.000,00
TOTAL					**$ 40.638.000,00**

INFORME JURÍDICO
N/A

OBSERVACIONES:
N/A



DEISY SARITA RINCON ALFONSO
Nombre y Firma Supervisor o Interventor

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S.
900.152.996-7
Direccion: CALLE 39 # 1 - 40 TUNJA - Telefono: (8) 7493280
Sitio: www.laboratoriocarvajal.com
Correo: gerencia@laboratoriocarvajal.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FEC67435

Señor(es) :	ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT				**Fecha Elaboración**
Nit :	Nit - 901578391-4	**Telefono:**	3 1 4 7 8 6 4 2 5 6		06/08/2024 12:20:21
Direccion :	CL 24 9 38	**Ciudad :**	TUNJA COLOMBIA - BOYACÁ		**Fecha Vencimiento**
Email :	gerencia@laboratoriocarvajal.com	**Forma de Pago :**	CONTADO		2024-08-06
Medio de Pago :	Acuerdo mutuo	**Fecha Inicial :**	2024-06-01	**Fecha Final :**	2024-07-31

#	Item	Nombre del Procedimiento	Unidad	Vr. Unidad	Cantidad	Total
1	SIME1167	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR -	UND	48,000.00	2.00	96,000.00
2	SIME1167	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR -	UND	48,000.00	69.00	3,312,000.00
3	SIME153	VISIOMETRIA	UND	30,000.00	1.00	30,000.00
4	SIME153	VISIOMETRIA	UND	30,000.00	33.00	990,000.00
5	SIME154	OPTOMETRIA	UND	40,000.00	29.00	1,160,000.00
6	SIME228	ANEXO ALTURAS	UND	32,000.00	26.00	832,000.00
7	SIME417	GLICEMIA	UND	17,000.00	1.00	17,000.00
8	SIME417	GLICEMIA	UND	17,000.00	58.00	986,000.00
9	SIME432	HEMOGRAMA IV	UND	30,000.00	17.00	510,000.00
10	SIME435	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	UND	60,000.00	26.00	1,560,000.00
11	SIME463	PERFIL LIPIDICO	UND	61,000.00	1.00	61,000.00
12	SIME463	PERFIL LIPIDICO	UND	61,000.00	58.00	3,538,000.00
13	SIME544	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSINCAPACIDAD	UND	60,000.00	2.00	120,000.00
14	SIME546	VACUNA HEPATITIS B	UND	90,000.00	1.00	90,000.00
15	SIME563	EVALUACION PSICOLOGICA	UND	40,000.00	1.00	40,000.00
16	SIME563	EVALUACION PSICOLOGICA	UND	40,000.00	102.00	4,080,000.00
17	SIME592	AUDIOMETRIA	UND	30,000.00	29.00	870,000.00
18	SIME772	PSICOSENSOMETRICO	UND	90,000.00	1.00	90,000.00

SON: DIECIOCHO MILLONES TRECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

Observación: CORRESPONDIENTE A PRESTACIÓN DE SERVICIOS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LOS MESES JUNIO Y JULIO 2024.

Subtotal :	**18,382,000.00**
Anticipo : (-)	**0.00**
Valor Neto :	**18,382,000.00**

Elaboró | **Aceptada, Fima Y/O Sello y Fecha**

CUFE: 91ba7c45db6e96f3080acaf020c9893a27dfacccf8ed050612c034a4eb1138e43e1e312441064ea7d5267e53249e546b

Autorización de numeración de facturación No. 18764074111045 de 2024-07-02 Modalidad Factura Electrónica Desde FEC64756 Hasta FEC300000 con vigencia hasta 2025-07-02

"Esta Representación Gráfica cumple con los requisitos exigidos por la Resolución 000042 del 5 de mayo del 2020 de la DIAN, más los anexos técnicos posterior a ella."

Operador Tecnológico: The Factory HKA 900.390.126-6
ACTIVESOFT - NIT 830.032.435 - 9 / 900.547.051 - 9 www.activesoft.com.co SOFTWARE XIRUX ERP - www.xirux.co

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
300a1def946a048e302da9a464f1a6d85a0cf12945a5cfa10c910e6a15a0ff9f695c473a75046bf3b4efaded5ea7ab95

Número de Factura: UTZC-10
Fecha de Emisión: 12/08/2024
Fecha de Vencimiento: 11/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT
Nombre Comercial: ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT
Nit del Emisor: 901578391
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CL 39 1 40
Teléfono / Móvil: 3147864256
Correo: contabilidad@carvajalips.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO DE BOYACA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 891800498
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CL 20 9 90 SEC CENTRO
Teléfono / Móvil:
Correo: contabilidad@boyaca.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	011	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NIU	2,00	$ 48.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 96.000,00
2	011	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NIU	69,00	$ 48.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.312.000,00
3	007	VISIOMETRIA	NIU	34,00	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.020.000,00
4	024	OPTOMETRIA	NIU	29,00	$ 40.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.160.000,00
5	021	ANEXO ALTURAS	NIU	26,00	$ 32.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 832.000,00
6	004	GLICEMIA	NIU	59,00	$ 17.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.003.000,00
7	006	HEMOGRAMA IV	NIU	17,00	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 510.000,00
8	013	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NIU	26,00	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.560.000,00
9	012	PERFIL LIPIDICO	NIU	59,00	$ 61.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.599.000,00
10	025	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSINCAPACIDAD	NIU	2,00	$ 60.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 120.000,00
11	026	VACUNA HEPATITIS B	NIU	1,00	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 90.000,00
12	009	EVALUACION PSICOLOGICA	NIU	103,00	$ 40.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.120.000,00
13	010	AUDIOMETRIA	NIU	29,00	$ 30.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 870.000,00
14	014	PSICOSENSOMETRICO	NIU	1,00	$ 90.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 90.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-12 12:09:36
Documento generado el: 2024-08-12 12:09:35
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			18.382.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			18.382.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			18.382.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	18.382.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764056885634 Rango desde: 5 Rango hasta: 12 Vigencia: 2024-09-27

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S.
IDENTIFICACIÓN:	NI-900152996
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-07-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-26
FECHA DE PAGO:	2024-06-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30218362
TOTAL COTIZANTES:	143
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30218362
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
CCFC55	901543211	EPS CAJACOPI	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.900	$ 75.900
EPS005	800251440	SANITAS	53	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800.500	$ 4.800.500
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 955.500	$ 955.500
EPS010	800088702	EPS SURA	24	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.989.400	$ 2.989.400
EPS017	830003564	FAMISANAR	23	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.833.600	$ 1.833.600
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	28	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.081.700	$ 2.081.700
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 319.800	$ 319.800
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.200	$ 56.200
Subtotal Salud		8	142	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.112.600	$ 13.112.600
230201	800229739	PROTECCION	27	$ 39.300	$ 39.300	$ 0	$ 10.895.400	$ 10.895.400
230301	800224808	PORVENIR	70	$ 137.200	$ 137.200	$ 0	$ 23.557.300	$ 23.557.300
231001	800227940	COLFONDOS	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 702.800	$ 702.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	35	$ 114.800	$ 114.800	$ 0	$ 14.019.100	$ 14.019.100
Subtotal Pensión		4	135	$ 291.300	$ 291.300	$ 0	$ 49.174.600	$ 49.174.600
14-11	890903790	ARL SURA	142	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.742.400	$ 7.742.400
Subtotal ARL		1	142	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.742.400	$ 7.742.400
CCF10	891800213	COMFABOY	134	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.118.500	$ 12.118.500
Subtotal CCF		1	134	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.118.500	$ 12.118.500
		Total a pagar		$ 291.300	$ 291.300	$ 0	$ 82.148.100	$ 82.148.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/07/2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S.
IDENTIFICACIÓN:	NI-900152996
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-07-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-23
FECHA DE PAGO:	2024-07-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30512038
TOTAL COTIZANTES:	145
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30512038
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
CCFC55	901543211	EPS CAJACOPI	1	$ 0	$ 0	$ 200	$ 162.500	$ 162.700
EPS005	800251440	SANITAS	53	$ 0	$ 0	$ 3.600	$ 4.715.900	$ 4.719.500
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	9	$ 0	$ 0	$ 800	$ 978.800	$ 979.600
EPS010	800088702	EPS SURA	25	$ 0	$ 0	$ 2.400	$ 3.117.300	$ 3.119.700
EPS017	830003564	FAMISANAR	23	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 1.871.900	$ 1.873.400
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	29	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 2.055.500	$ 2.057.100
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	3	$ 0	$ 0	$ 300	$ 281.700	$ 282.000
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 56.800	$ 56.900
Subtotal Salud		8	144	$ 0	$ 0	$ 10.500	$ 13.240.400	$ 13.250.900
230201	800229739	PROTECCION	27	$ 39.300	$ 39.300	$ 8.500	$ 11.125.200	$ 11.133.700
230301	800224808	PORVENIR	71	$ 106.900	$ 106.900	$ 17.400	$ 23.050.900	$ 23.068.300
231001	800227940	COLFONDOS	3	$ 0	$ 0	$ 600	$ 693.400	$ 694.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	37	$ 114.800	$ 114.800	$ 11.000	$ 14.544.600	$ 14.555.600
Subtotal Pensión		4	138	$ 261.000	$ 261.000	$ 37.500	$ 49.414.100	$ 49.451.600
14-11	890903790	ARL SURA	144	$ 0	$ 0	$ 5.700	$ 7.479.800	$ 7.485.500
Subtotal ARL		1	144	$ 0	$ 0	$ 5.700	$ 7.479.800	$ 7.485.500
CCF10	891800213	COMFABOY	137	$ 0	$ 0	$ 9.300	$ 12.324.700	$ 12.334.000
Subtotal CCF		1	137	$ 0	$ 0	$ 9.300	$ 12.324.700	$ 12.334.000
		Total a pagar		$ 261.000	$ 261.000	$ 63.000	$ 82.459.000	$ 82.522.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/08/2024

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ZONAMEDICA MR SAS-IPS	**NIT:**	900170994
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	junio 2024
Número de Radicación:	77985852	**Total a pagar:**	$243,363,000
Fecha de vencimiento:	26/06/2024	**Total de empleados:**	356
Fecha de Pago:	24/06/2024	**Número de Administradoras:**	37

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	725711530
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	350		$0	$14,697,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	57		$0	$18,684,000
230301	800224808	Porvenir	144		$0	$50,173,600
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	6		$0	$3,625,600
231001	800227940	Colfondos	41		$0	$26,350,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	97		$0	$49,809,900
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$1,051,600
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	2		$0	$171,100
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$190,900
CCF13	891190047	Comfaca Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$199,800
CCF14	891500182	Comfacauca Caja de Compensacion Fliar	22		$0	$2,057,800
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	200		$0	$23,622,900
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	4		$0	$316,600
CCF34	892000146	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$105,000
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	9		$0	$596,100
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	2		$0	$288,000
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	21		$0	$1,780,600

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

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
CCF57	890303208	Comfamiliar Andi Comfandi Caja de	72		$0	$6,778,600
CCF63	891200337	Comfamiliar Putumayo Caja de Compensacion	1		$0	$38,500
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	9		$0	$1,430,100
EPS002	800130907	Salud Total EPS	35		$0	$2,795,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	116		$0	$12,869,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	54		$0	$9,697,700
EPS010	800088702	EPS Sura	35		$0	$4,090,000
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	3		$0	$313,700
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	34		$0	$3,625,900
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	16		$0	$1,270,300
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	39		$0	$3,229,300
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	5		$0	$431,100
EPS047	901438242	Seguros Bolivar EPS	1		$0	$260,000
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	2		$0	$229,600
EPSIC3	817001773	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "A.I.C"	1		$0	$105,000
EPSIC5	837000084	Entidad Promotora de Salud Mallamas	1		$0	$13,300
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	4		$0	$361,200
ESSC62	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	1		$0	$52,000
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		$0	$1,230,000
PASENA	899999034	SENA	1		$0	$820,000
						$243,363,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ZONAMEDICA MR SAS-IPS	**NIT:**	900170994
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	junio 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	julio 2024
Número de Radicación:	78512113	**Total a pagar:**	$249,127,300
Fecha de vencimiento:	23/07/2024	**Total de empleados:**	359
Fecha de Pago:	08/07/2024	**Número de Administradoras:**	37

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	760884971
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	352		$0	$14,223,400
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	55		$0	$19,088,100
230301	800224808	Porvenir	148		$0	$53,375,300
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	5		$0	$3,319,500
231001	800227940	Colfondos	40		$0	$25,399,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	101		$0	$51,474,600
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	8		$0	$795,500
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	2		$0	$177,700
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$201,400
CCF13	891190047	Comfaca Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$238,300
CCF14	891500182	Comfacauca Caja de Compensacion Fliar	22		$0	$2,057,800
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	204		$0	$24,221,200
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	4		$0	$316,600
CCF34	892000146	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$105,000
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	9		$0	$605,400
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	2		$0	$271,200
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	19		$0	$1,778,300

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

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
CCF57	890303208	Comfamiliar Andi Comfandi Caja de	75		$0	$7,516,500
CCF63	891200337	Comfamiliar Putumayo Caja de Compensacion	1		$0	$105,000
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	9		$0	$1,389,000
EPS002	800130907	Salud Total EPS	37		$0	$3,088,900
EPS005	800251440	Sanitas EPS	116		$0	$12,824,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	54		$0	$9,715,700
EPS010	800088702	EPS Sura	33		$0	$4,052,800
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	3		$0	$313,700
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	34		$0	$3,638,200
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	18		$0	$1,648,900
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	39		$0	$3,399,200
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	5		$0	$486,100
EPS047	901438242	Seguros Bolivar EPS	1		$0	$260,000
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	3		$0	$330,000
EPSIC3	817001773	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "A.I.C"	1		$0	$105,000
EPSIC5	837000084	Entidad Promotora de Salud Mallamas	1		$0	$132,500
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	4		$0	$370,500
ESSC62	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	1		$0	$52,000
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		$0	$1,230,100
PASENA	899999034	SENA	1		$0	$820,100
						$249,127,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS, identificado con cédula de ciudadanía número 91.496.249 de Bucaramanga, en mi calidad de Representante Legal de **CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS**, NIT. **900.152.996-7**,

CERTIFICO QUE:

CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS, NIT. 900.152.996-7, ha cumplido en forma oportuna, completa y a cabalidad, con el pago de los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud (EPS), pensiones (AFP) y riesgos laborales (ARL), y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Cajas de Compensación Familiar, y a la fecha se encuentra al día con dichos pagos.

En constancia se firma a los 2 días del mes de Septiembre de 2024.

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 15/10/2024

Atentamente,

JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS
C.C. 91.496.249 de Bucaramanga
Representante Legal
CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS

EL SUSCRITO REVISOR
FISCAL DE ZONAMEDICA
MR SAS
NIT 900.170.994-9

Yo CARMEN ELENA GOMEZ PARRA con cedula de ciudadanía 52.162.231 con tarjeta profesional 85045-T, en mi calidad de REVISOR FISCAL de la sociedad comercial ZONAMEDICA MR SAS con NIT 900.170.994-9
CERTIFICO

1. Que la empresa se encuentra afiliada a los sistemas de seguridad social y de parafiscales y una vez revisados los libros contables se evidencia que ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente 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 vinculados por contrato de trabajo, y certifico que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARL-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA. Dando cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Y LEY 1150 DE 2007, Articulo 23, inciso 2".

2. Que la empresa ha cumplido con todas las obligaciones laborares del personal que está vinculado con la compañía, encontrándose al día con los pagos de salarios, prestaciones sociales y demás obligaciones laborales.

3. Que la empresa, actualmente no tiene pagos pendientes con proveedores dentro de la ejecución del servicio, por lo cual se encuentra a PAZ Y SALVO.
La anterior certificación se expide a los (05) días del mes de septiembre del año 2024.

Cordialmente,

CARMEN ELENA GÓMEZ PARRA
CC 52.162.231
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 85045-T
Miembro de Y&Y Business Consultants

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

3E53BE2B7EAC110C1

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 **MARLY PERDOMO DUSSAN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52927033 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 119638-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1982**

VILLAVIEJA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-ABR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500111-43083401-F-0052927033-20001002 **24513** 00271A 01 090232343

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52927033
NUMERO

PERDOMO DUSSAN
APELLIDOS

MARLY
NOMBRES



FIRMA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

119638-T



MARLY
PERDOMO DUSBAN
C.C. 52927033
RESOLUCION INSCRIPCION 158 FECHA 2006/07/06
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

PRESIDENTE
LUZ NYRIAM DIAZ MUÑOZ 129183

IDEQS

FIRMA DEL TITULAR 39466

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

LOGOFORMAS COMA 2032590

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7440CAEB0DF6FC286

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 **JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19227076 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 20218-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.227.076**

ROBAYO OSORIO

APELLIDOS

JESUS EDUARDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1952**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-MAY-1975 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00253079-M-0019227076-20100830 0023665406A 1 1370924255

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO



20218-T

JESUS EDUARDO
ROBAYO OSORIO
C.C. 19.227.076
RESOLUCION INSCRIPCION 633-T FECHA 17-III-88
UNIVERSIDAD JAVERIANA

Presidente

00027763

CARVAJAL S.A. 09-01-20807

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889421500

(415)7707212489984(8020) 000001488942150 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 0 9 9 4	9	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
ZONAMEDICA MR S.A.S

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
AK 28 41 36

42. Correo electrónico contabilidad@zonamedicaips.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 4 4 7 1 5 9	3 1 8 7 1 7 4 0 1 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 7 0 8 3 0	8 6 9 9	2 0 0 7 0 8 3 0	4 6 4 5	7 0 2 0			2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1 0	1 4	1 5	4 2	4 8	5 2	5 5																

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

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3									
	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 2023 - 01 - 18 / 21 : 33: 40

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 MEDINA RODRIGUEZ HERNANDO ANDRES

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14889421500

(415)7707212489984(8020) **000001488942150 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 0 9 9 4	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	2 0 0 7 0 8 3 0
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 7 0 1 0 1		-
2	4 7	2 0 1 8 1 2 3 1		-
3	2 1	2 0 0 8 0 4 1 8		-
4	2 1	2 0 1 2 0 6 0 1		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14889421500

(415)7707212489984(8020) **000001488942150 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 0 9 9 4	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

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

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MEDINA	RODRIGUEZ	HERNANDO	ANDRES

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14889421500

(415)7707212489984(8020) **000001488942150 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 0 9 9 4	9	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	5 2 1 6 2 2 3 1		8 5 0 4 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GOMEZ	PARRA	CARMEN	ELENA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 6 0 0 0 5 8 6 8 9	4	Y & Y BUSINESS CONSULTANTS SAS

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 1 0 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 0 2 9 3 7 3 8		3 3 7 2 5 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
AREVALO	HERNANDEZ	CLAUDIA	PATRICIA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 6 0 0 0 5 8 6 8 9	4	Y & Y BUSINESS CONSULTANTS SAS

147. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 1 0 0 1

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 9 2 7 0 3 3		1 1 9 6 3 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PERDOMO	DUSSAN	MARLY	

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 6 0 1 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14889421500

(415)7707212489984(8020) **000001488942150 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 0 9 9 4	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria 8 4 3 0	

162. Nombre del establecimiento: ZONAMEDICA SEDE NORTE

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

165. Dirección: CR 45 105 21

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria 8 4 3 0	

162. Nombre del establecimiento: ZONAMEDICA MR SEDE NORTE

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

165. Dirección: CL 40 26 A 50

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9	

162. Nombre del establecimiento: ZONAMEDICA CRC SEDE SAN RAFAEL

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

165. Dirección: AV CL 134 55 132 LC S 1 L 1

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14889421500

(415)7707212489984(8020) **000001488942150 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 0 9 9 4	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9	

162. Nombre del establecimiento: ZONAMEDICA SEDE SOLEDAD

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

165. Dirección: AK 28 41 36

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14953676990

(415)7707212489984(8020) 000001495367699 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 5 7 8 3 9 1	4	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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
ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
CL 39 1 40

42. Correo electrónico contabilidad@carvajalips.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 7 8 6 4 2 5 6	3 0 0 9 1 2 2 6 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 2 0 3 0 4							

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	7	1	4	5	2	5	5																			

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 10 - 04 / 10 : 35: 50

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 CARVAJAL ROJAS JUAN PABLO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14953676990

(415)7707212489984(8020) **000001495367699 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 5 7 8 3 9 1	4	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		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	7	69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14953676990

(415)7707212489984(8020) **000001495367699 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 5 7 8 3 9 1	4	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 3 0 4

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CARVAJAL	ROJAS	JUAN	PABLO

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14953676990

(415)7707212489984(8020) **000001495367699 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 5 7 8 3 9 1	4	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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

1

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

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

119. Razón social: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		5 0 2 0 2 2 0 3 0 4	

2

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

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

119. Razón social: ZONAMEDICA MR S.A.S

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
	5 0	2 0 2 2 0 3 0 4	

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047852605

(415)7707212489984(8020) 000014104785260 5

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

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
CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
CL 39 1 40

42. Correo electrónico contabilidad@carvajalips.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 8 0 1 0 1	8 6 9 1	2 0 0 7 0 5 2 9	8 4 1 3	8 6 9 9			1 7

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 1 6 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
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

Usuarios aduaneros

54. Código

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 - 06 - 20 / 17 : 19: 50

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 CARVAJAL ROJAS JUAN PABLO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

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 7 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 7 0 5 2 9

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CARVAJAL	ROJAS	JUAN	PABLO

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 2 2 0 6 0 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	6 3 5 3 6 9 0 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CARVAJAL	ROJAS	RAQUEL	SOFIA

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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 9 2 2 7 0 7 6		2 0 2 1 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ROBAYO	OSORIO	JESUS	EDUARDO

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 8 1 7

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 6 3 8 0 3 1 2		1 3 1 9 0 7

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
HURTADO	BELLO	AYDA	JOHANA

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE CENTRO TUNJA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CL 24 9 38 BRR CENTRO

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE UNICENTRO TUNJA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 1 F 39 76 CS 807 01 CS 807 03 BRR SANTA INES

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE DUITAMA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

165. Dirección: CC INNOVO LC 2 02 CC INNOVO LC 3 01

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATOTIOS IPS SAS SEDE SOGAMOSO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9

165. Dirección: CL 11 10 83 CS 506 CENTRO EMPRESARIAL EL PARQUE

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE SOATA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Soatá 7 5 3

165. Dirección: CR 5 A 5 A 20 P 1

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SEDE CHIQUINQUIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

165. Dirección: CR 13 12 A 54 LC 4 ED TORRES DE SION BRR SANTO DOMINGO

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE MONIQUIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Moniquirá 4 6 9	

165. Dirección: CL 19 8 65 73 BRR SANTANDER

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIO IPS SAS SEDE PUERTO BOYACA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Puerto Boyacá 5 7 2	

165. Dirección: CR 5 23 91 BRR PLAN DE VIVIENDA

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE VILLA DE LEYVA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Villa de Leyva 4 0 7	

165. Dirección: CR 9 4 61 LC 2 BRR CENTRO

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S SEDE MIRAFLORES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Miraflores 4 5 5	

165. Dirección: CR 8 4 25 P 1

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE CENTRO 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1	

165. Dirección: CR 9 22 22 BRR CENTRO

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S. SEDE GARAGOA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Garagoa 2 9 9	

165. Dirección: CL 8 8 95 BRR CENTRO

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SEDE CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CL 39 1 40 P 3

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE LUMOL TUNJA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 11 17 23 CS 1 CC LUMOL

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: SEDE CARVAJAL IMAGENES DIAGNOSTICAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 9 24 63

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SAS SEDE EDIFICIO COLON

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1	

165. Dirección: TV 10 27 56 CS 202 ED COLON - SAN RAFAEL

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SEDE GREEN HILLS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1	

165. Dirección: AV UNIVERSITARIA 75 A 00 CS 38 A VDA PIRGUA

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1	

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SEDE PRINCIPAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1	

165. Dirección: CL 39 1 40 BRR ESMERALDA

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141047852605

(415)7707212489984(8020) **000014104785260 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1

162. Nombre del establecimiento: CARVAJAL LABORATORIOS IPS SEDE CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CL 39 1 40 P 3 BRR LA ESMERALDA

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2023/11/14
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la empresa ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT con Nit número 9015783914
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	003800235396
Fecha Apertura	2023/06/23

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA