| | | | |
|---|---|---|---|
| enterritorio | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO** | CÓDIGO: | **F-FI-06** |
| | | VERSIÓN: | **04** |
| | | VIGENCIA: | **2024-04-08** |
| | **GESTIÓN FINANCIERA** | CLASIFICACIÓN: | **IPC** |

**Radicado No.**

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARIA

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** NIT [redacted] CC [ ] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 890.905.177 **DV:** 9

**MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN** [ ]

**TELÉFONO:** 4447192 **CORREO ELECTRÓNICO** gerencia@lamaria.gov.co

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FUNCIONAMIENTO** | [ ] | **CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** | [redacted] | **SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS** | [ ] |

| **VALOR PRESENTE DESEMBOLSO** | |
|---|---|
| **VALOR FIJO $** | 59.089.513 |
| **VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)** | |

**No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** 222005 **No. CONTRATO** 2230268 **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** 485

**No. PROCESO CONTRACTUAL** CDRI 010-2023

**FACTURA No.** FEHM399622 **CUENTA DE COBRO** [redacted] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ANTICIPO:** | **SI** [ ] | **NO** [ ] | **%** [ ] | **VALOR $** | | **OTROS DESCUENTOS POR VALOR $** | |
| **RETEGARANTIA:** | **SI** [ ] | **NO** [ ] | **%** [ ] | **VALOR $** | | **ESPECIFIQUE:** | |
| **AMORTIZA:** | **SI** [ ] | **NO** [ ] | **%** [ ] | **VALOR $** | | **ESPECIFIQUE:** | |

## 2, PERIODO DE COBRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INICIO** | 2024-10-01 | **FIN** | 2024-10-31 | **DESEMBOLSO Nº** | 15 | **VALOR BRUTO $** | |

## 3. APROBACIONES

| | **APRUEBA - INTERVENTOR** | **AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL** | **VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio S.A.** |
|---|---|---|---|
| **FIRMA:** | | | |
| **NIT / C.C.:** | | | 79794.136 |
| **NOMBRE:** | | | CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS |

**OBSERVACIONES:**

**AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO** (aplica para contratación derivada) **o GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio S.A. es el Gerente del contrato interadministrativo)

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

**ORDENADOR DEL GASTO** (NO APLICA PARA CONTRATOS)

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS**

**NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS**

**AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

ENTerritorio S.A., con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio S.A. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO**

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y sus respectivas firmas.
ENTerritorio S.A. realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio S.A..

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| **a.** | **Nombre del beneficiario / razón social:** después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio S.A.. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad. |
| **b.** | **Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad. |
| **c.** | **Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo. |
| **d.** | **Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen** |
| **e.** | **Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica. |
| **f.** | **Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico. |
| **g.** | **Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funcionamiento, convenios o contratos interadministrativos, Sistema General de Regalías (SGR)) |
| **h.** | **Número de convenio o contrato interadministrativo:** escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta. |
| **i.** | **No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II). |
| **j.** | **Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio S.A. el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco. |
| **k.** | **Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente. |
| **l.** | **Valor variable:** escriba el valor varible que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago Variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente. |
| **m.** | **Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco. |
| **n.** | **Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento. |
| **o.** | **Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo. |
| **p.** | **Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente. |
| **q.** | **Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos. |

| | |
|---|---|
| r. | **Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente. |
| s. | **Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco). |
| t. | **Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor. |

**2, PERIODO DE COBRO**

| | |
|---|---|
| a. | **Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes |
| b. | **Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes |
| c. | **Desembolso N°:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar |
| d. | **Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar |

**3. APROBACIONES**

| | |
|---|---|
| a. | **Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio S.A.. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre. |
| b. | **Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS). |
| c. | **Verifica Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio SA.. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio S.A. consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el segumiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio. |
| d. | **Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio S.A. y autoriza el pago. |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LA MARÍA
MEDELLÍN
Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**NIT : 890.905.177-9**
CALLE 92 EE No. 67 - 61 MEDELLIN - ANTIOQUIA
TELEFONOS. 444 7192 - 267 1319 FAX : 237 1963
WEB : www.lamaria.gov.co e - mail : facturacion@lamaria.gov.co
No estamos sujetos a la retención en la fuente según los artículos 22, 23 y 396 del E.T.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nº FEHM399622

**ESTADO** Confirmado

**FECHA FACTURA** 15/11/2024 04:31 p. m. **FECHA VENCIMIENTO** 15/11/2024 04:31 p. m. **DIAS PLAZO**

**CLIENTE** **EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DE DESARROLLO TERRITORIAL S.A.** **NIT** 899999316 - 1
**DIRECCION** CLL 26 13 19 **CIUDAD** BOGOTA **TELEFONO** 5940407

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD | VALOR/U |
|---|---|---|---|
| 11PSGRYSP | APOYO AL DESARROLLO DE LOS EJES DE PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION INTEGRAL DEL RIESGO PROGRAMAS ESPECIALES - ENTERRITORIO | 1 | $ 59.089.513,00 |

**DETALLE**

Contrato 2230268. AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, HUMANOS, ECONÓMICOS Y LOGÍSTICOS PARA IMPLEMENTAR EL MODELO DE PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH CON ENFOQUE COMUNITARIO EN POBLACIÓN CLAVE (TRANS, PID y TS) EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN Y SU ÁREA CONURBADA, PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO "AMPLIACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH CON ENFOQUE DE VULNERABILIDAD", EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN NO. COL-HENTERRITORIO 3042 (CONVENIO No. 222005)". Un quinceavo pago a la presentación del informe de gestión y reporte de abordaje del mes de octubre de 2024. Supervisor administrativo: Carlos González.

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | $ 59.089.513,00 |
| **DESCUENTO** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO** | $ 0,00 |
| **RETENCION IVA** | $ 0,00 |
| **RET.IVA SERVICIOS** | $ 0,00 |
| **RETENCION ICA** | $ 0,00 |
| **RETENCION FUENTE** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL FACTURA** | $ 59.089.513,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ 59.089.513,00 |

**SON:** CINCUENTA Y NUEVE MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TRECE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

AUTORIZACION FACTURA ELECTRONICA DE VENTA RESOLUCIÓN DIAN Nº. 18764080129637 DEL 24 de Septiembre de 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEHM383.859 AL FEHM500.000.

**CUFE** 1d01c24dda0d721bd2e5662af96194a6713768b808afb1424974f3a82efb94be83a73548fda96425c624facb3362c607

Esta Factura es un titulo valor en cuanto cumple con los requisitos exigidos por la Ley 1231 de3 2008 y de acuerdo con el Articulo 23 del Decreto 4747 de 2007.
La fecha de cumplimiento de la Obligacion es 30 dias despues de su presentacion.

Elaboró : Mónica Ruiz Moreno

Recibí Factura :



LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

Medellín, 19 de noviembre de 2024

**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL**
**DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARIA**
**CON NIT 890.905.177-9**
**CERTIFICA**

Que la Empresa, ha cumplido en los últimos 6 meses con el adecuado cálculo y pago oportuno de los aportes al sistema de seguridad social de sus empleados (Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales). A la fecha la empresa se encuentra a paz y salvo por este concepto. También se ha calculado adecuadamente la nómina de sus empleados y se ha pagado.

El Pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la empresa como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando en cumplimiento de tales obligaciones.

Este informe es para uso exclusivo de la administración de la empresa dentro de los procesos de contratación y no debe ser utilizado para ningún otro propósito.

Cordialmente,

**SANDRA MILENA ALVAREZ RAMIREZ**
Revisora Fiscal
Tarjeta Profesional 116969-T
En representación de AIGR contadores S.A.S. TR 899

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A4CC79EDA2420894

**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 **SANDRA MILENA ALVAREZ RAMIREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 32107071 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 116969-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 32.107.071
ALVAREZ RAMIREZ
APELLIDOS
SANDRA MILENA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1979
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
AB+
G.S. RH
F
SEXO
21-AGO-1997 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
116969-T
SANDRA MILENA
ALVAREZ RAMIREZ
C.C. 32107071
RESOLUCION INSCRIPCION 16 FECHA 2006/03/02
UNIVERSIDAD DE MEDELLIN
PRESIDENTE
LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ 126820



PIRMA DEL TITULAR 37228

Esta tarjeta es el unico 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 141039677650

(415)7707212489984(8020) 000014103967765 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 0 5 1 7 7 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## 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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARIA

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 92 E E 67 61

42. Correo electrónico radicacion@lamaria.gov.co

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

## 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 1 0 | 2 0 1 3 0 2 2 7 | 6 8 1 0 | 2 0 1 3 0 2 2 7 | 4 7 7 3 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

### Usuarios aduaneros

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

### 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 - 05 - 10 / 12 : 10: 43

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ FLOREZ CARLOS MAURICIO

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: 141039677650

(415)7707212489984(8020) **000014103967765 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 0 5 1 7 7 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 3 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | 2 3 |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

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

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 1 0 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: 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 3 | 2 0 2 3 0 4 2 5 | | - |
| 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: 141039677650

(415)7707212489984(8020) **000014103967765 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 0 5 1 7 7 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

**Representación**

**1**

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

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 5 4 3 2 1 2 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | FLOREZ | CARLOS | MAURICIO |

| 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: 141039677650

(415)7707212489984(8020) **000014103967765 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 0 5 1 7 7 | 9 | Impuestos de Medellín | 1 1 | |

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

**1**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HOYOS | GRACIA | PEDRO | FERNANDO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 4 1 2 | |

**2**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERRERA | ZAPATA | WILMANN | ALEXANDER |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 2 0 6 0 3 | |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 7 0 1 2 4 1 9 6 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARBELAEZ | MONSALVE | EDUIN | ANGEL |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 1 0 8 3 0 | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 3 2 3 7 4 3 6 8 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RICO | ALBARRACIN | LEIDY | CAROLINA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 1 1 2 1 6 | |

**5**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MONTOYA | AGUDELO | AMADA | DE JESUS |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 6 0 9 | |

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: 141039677650

(415)7707212489984(8020) **000014103967765 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 0 5 1 7 7 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 8 7 2 0 2 7 3 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SAAVEDRA | ARENAS | JAIRO | JHON |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 8 1 1 | |

**2**

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

**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
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141039677650

(415)7707212489984(8020) **000014103967765 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 9 0 9 0 5 1 7 7 | 9 | Impuestos de Medellín | 1 1 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 2 1 0 7 0 7 1 | 0 | 6 6 2 0 0 |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALVAREZ | RAMIREZ | SANDRA | MILENA |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 1 1 0 4 6 2 6 1 | 6 | AUDITORIA INTEGRAL Y GESTION DE RIESGOS AIGR CONTADORES S.A.S. |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 5 0 2 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 1 1 1 9 8 9 6 9 | 5 | 2 4 6 1 3 8 |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARDENAS | CAMACHO | MARIA | CECILIA |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 1 1 0 4 6 2 6 1 | 6 | AUDITORIA INTEGRAL Y GESTION DE RIESGOS AIGR CONTADORES S.A.S. |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 5 0 2 |

**Contador**

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

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GIRALDO | CASTAÑO | MARIA | CELMIRA |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 3 0 3 0 1 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Medellín, noviembre 14 de 2024

Doctor
Carlos Mauricio Martínez Flórez
Gerente Empresa Social del Estado Hospital la María
Dirección: calle 92 EE Nº 67-61
Correo electrónico: gerencia@lamaria.gov.co
Medellin, Antioquia

**Asunto:** Aprobación del informe de actividades y el Reporte del abordaje directo de los grupos poblacionales priorizados Trabajadores sexuales – TS- personas transgénero- TRAS y personas que se inyectan drogas - PID mes de octubre, convenio de Cooperación No. 2230268.

Estimado Dr. Martínez

En calidad de supervisores técnicos se certifica que hemos recibido a satisfacción el informe, en el marco del Convenio Interadministrativo de Cooperación No. 2230268 cuyo objeto es "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, HUMANOS, ECONÓMICOS Y LOGÍSTICOS PARA IMPLEMENTAR EL MODELO DE PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH CON ENFOQUE COMUNITARIO EN POBLACIÓN CLAVE (TS, TRANS, PID) EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN Y SU ÁREA CONURBADA, PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO "AMPLIACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH CON ENFOQUE DE VULNERABILIDAD", EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN NO. COL-H-ENTERRITORIO 3042 (CONVENIO No. 222005)".

- Informe de actividades para la promoción y oferta de pruebas rápidas de VIH y la entrega de paquetes definidos de servicios a TS, TRANS y PID del mes de octubre
- Reporte del abordaje directo de los dos grupos poblacionales priorizados con los siguientes datos:

| Indicador | Cantidad |
|---|---|
| Personas de la población clave alcanzada con paquetes de servicios de prevención. TS, TRANS, PID | **539** |
| Personas de la población clave que accedieron a pruebas de VIH. TS, TRANS, PID | **522** |

**Fuente: SISCO-SSR (corte a 31 de octubre de 2024)**

Conforme a lo anterior, se aprueban los productos para el 15 desembolso correspondiente a las actividades del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

Diana Sorely Torres Alvarez
Profesional Técnica Monitoreo y Evaluación – Medellín

Mónica Lucía Sanchéz Mayorga
Gestora Territorial - Medellín



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA