Dr. Bernardo Arturo Chamorro Guevara,
Director Encargado
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

SENA - REGIONAL NARIÑO
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 52-1-2025-001567
12/06/2025 9:52:36 a. m.
Destinatario: 521010

Cordial saludo,

La presente tiene como fin la presentación de la cuenta correspondiente al mes de Mayo 2025, del contrato correspondiente a oftalmología, relacionadas en la cuenta de cobro 202505 por concepto de prestación de servicios médicos a los afiliados del SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, sin otro particular agradezco su colaboración.

Atentamente

Andrés Rojas
Aux de Radicación
3146864354
Clínica Oftalmológica Paredes

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHamgomez ANDRES MAURICIO GOMEZ LASSO

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-052- SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL

Fecha y Hora Sistema: 2025-04-15-9:49 a. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 225 de fecha 2025-01-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	24825	**Fecha Registro:**	2025-04-10	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-052-000000 SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	35.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	35.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	35.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	800184080	**Razón Social:**	CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	0695020321	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	13073075	**Nombre:**	PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL NARIÑO

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.7765920	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2025-04-10

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		35.000.000,00	0,00		
					Total:	35.000.000,00	0,00	35.000.000,00	35.000.000,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO: Prestar el servicio de especialistas en oftalmología, consulta por optometría y suministro de lentes y monturas, para los beneficiarios del SMA, que sean remitidos bajo autorización del médico asesor del SENA

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-05-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-06-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-07-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-08-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-09-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-10-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-11-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO
36-02-00-052-000000	SENA REGIONAL NARIÑO-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-12-30	4.375.000,00	4.375.000,00	NINGUNO

Emilio Humberto Ceron Lasso

Firmado digitalmente por Emilio Humberto Ceron Lasso
Fecha: 2025.04.21 13:44:00 -05'00'

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

EMILIO HUMBERTO CERON LASSO

Coordinador Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT: 800184080
Pasto, Junio 11 del 2025

CUENTA DE COBRO N° 202505
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT. 899999034-1
DEBE A:
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT. 800184080

POR CONCEPTO DE:
Prestación de servicios de salud SENA - OFTALMOLOGIA contemplados en el contrato de facturación N° CO1.PCCNTR.7765920, a los afiliados de SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA RÉGIMEN ESPECIAL en la ciudad de PASTO, correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de Mayo al 31 de Mayo del 2025.

No.	Factura	Fecha	Identificación	Nombre	Valor Total	Valor	Valor Neto
1	1COP57728	2025-05-30	CC 27077477	DIAZ DE ARTEAGA MARGOTH NOHEMY	60320	0	60320
2	1COP57729	2025-05-30	CC 1000149616	ORTIZ MORENO ALEJANDRA	60320	0	60320
3	1COP57735	2025-05-30	CC 27075283	GOMEZ ZAMUDIO LUISA EXIONILA	60320	0	60320
4	1COP57739	2025-05-30	CC 27076682	RIVERA DE TIMARAN GLORIA DEL CARMEN	60320	0	60320
5	1COP57853	2025-05-31	CC 27070749	ZUTTA DE ARGUELLO MARIA ESPERANZA	60320	0	60320
6	1COP57866	2025-05-31	CC 27075283	GOMEZ ZAMUDIO LUISA EXIONILA	1116960	0	1116960
7	1COP57896	2025-05-31	CC 59311651	JOSA LOPEZ YAMILE YOVANA	60320	0	60320

TOTAL FACTURAS:	7
VALOR FACTURADO:	1478880
VALOR COPAGO:	0
VALOR NETO:	1478880

LA SUMA DE: $ 1,478,880

VALOR EN LETRAS:
UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

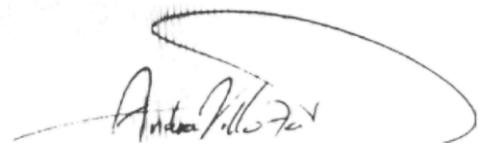
AUXILIAR DE RADICACION
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
Call Center:300 912 65 83
www.clinicaparedes.com.co

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTESAL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES

LUCIA ANDREA VILLOTA DELGADO, identificada con cédula de ciudadanía No.36.951.813, en mi condición de Revisor Fiscal de la institución prestadora de salud**CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S.** persona jurídica de derecho privado, identificada con Nit 800.184.080-0, certifico que la empresa ha realizadoel pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales exigidospor la ley, correspondiente al mes de abril 2025, y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto Según lo establecido en los Artículos 1 y 7 (incisos 2, 4, 5, 6 y 7) del Decreto 1828 de 2013

Se firma en San Juan de Pasto, a los veintidós (22) días del mes de mayo del año 2025.



LUCIA ANDREA VILLOTA DELGADO
T.P. 97260-T

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS **Identificación:** NI-800184080 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-05-22 **Fecha limite de pago:** 2025-05-20 **Fecha de pago:** 2025-05-21 **Pagada por:** BBVA COLOMBIA S.A. **Período pensión:** 2025-04 **Período salud:** 2025-05 **Referencia de pago (PIN):** **Tipo de planilla:** E **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 33514587	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	6	$64.800	$64.800	$2.800	$4.051.900	$4.054.700	☐
230301	800224808	PORVENIR	44	$0	$0	$9.000	$13.690.300	$13.699.300	☐
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	26	$34.500	$34.500	$7.500	$11.144.600	$11.152.100	☐
Subtotal Pensión		3	76	$99.300	$99.300	$19.300	$28.886.800	$28.906.100	
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	48	$0	$0	$4.000	$6.060.000	$6.064.000	☐
EPS017	830003564	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	3	$0	$0	$200	$224.300	$224.500	☐
EPS037	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	20	$0	$0	$1.200	$1.749.800	$1.751.000	☐
EPS041	900156264	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. EPSS	2	$0	$0	$100	$125.400	$125.500	☐
EPSIC5	837000084	EPSIC ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS	4	$0	$0	$400	$538.800	$539.200	☐
ESSC18	901021565	Asociacion Mutual Empresa Solidaria de salud de Narino EMSSANAR E.S.S	5	$0	$0	$400	$522.400	$522.800	☐
Subtotal Salud		6	82	$0	$0	$6.300	$9.220.700	$9.227.000	
14-25	800226175	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	81	$0	$0	$3.000	$4.578.500	$4.581.500	☐
Subtotal ARL		1	81	$0	$0	$3.000	$4.578.500	$4.581.500	
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Narino	78	$0	$0	$4.800	$7.311.200	$7.316.000	☐
Subtotal CCF		1	78	$0	$0	$4.800	$7.311.200	$7.316.000	
PASENA	899999034	SENA	1	$0	$0	$200	$259.100	$259.300	☐
PAICBF	899999239	ICBF	1	$0	$0	$300	$388.700	$389.000	☐
GRAN TOTAL				$99.300	$99.300	$33.900	$50.645.000	$50.678.900	

Imprimir Descargar Resumen

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141135807124

(415)7707212489984(8020) 000014113580712 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
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
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

41. Dirección principal
CR 40 A 19 B 15 AV PANAMERICANA

42. Correo electrónico contabilidadclinicaparedes@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 SAA LORA JUAN FELIPE

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: 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 3 0 1 1 9
81. Hasta	2 0 3 3 0 1 1 6

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 5 0 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 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 0 9 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 1 5 4 1 5 8 4 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SAA	LORA	JUAN	FELIPE

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 0 9 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	3 1 9 2 6 0 7 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SAA	LINDO	VICTORIA	EUGENIA

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 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

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 6 9 5 1 8 1 3		9 7 2 6 0 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VILLOTA	DELGADO	LUCIA	ANDREA

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 7 0 4 2 1

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

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

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

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento: CLINICA OFTAMOLOGICA PAREDES SAS

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

165. Dirección: CR 40 A 19 B 15 TO PRAGA P 12

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

2

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

162. Nombre del establecimiento: OQULA BY CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

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

165. Dirección: CR 40 A 19 B 15 LC 2 TO PRAGA

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

3

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

162. Nombre del establecimiento: CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección: CL 10 5 53 OF 301

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141135807124

(415)7707212489984(8020) **000014113580712 4**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Punto de venta 1 7	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: FARMACIA EGER

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

165. Dirección: CR 40 A 19 B 15 LC 1 TO PRAGA

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

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