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

ACTA PARCIAL	3	
FECHA PRESENTE ACTA	9/06/2025	
CONTRATO _X_ CONVENIO ____	844	DE FECHA: 13 de febrero 2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS 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 : $120.997.000,00 MCTE APORTE DEPARTAMENTO: APORTE DE CONTRAPARTE:	
ADICIONAL N° _____	VALOR N/A	
ADICIONAL N° _____	VALOR N/A	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 120.997.000,00 MCTE	
PLAZO INICIAL	De Fecha: DIEZ (10) 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: DIEZ (10) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.	
FECHA DE INICIACIÓN	17 de febrero de 2025	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	16 DE DICEMBRE DE 2025	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	17/04/2025 al 16/05/2025	
RBPP N°	**N/A**	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 1501 AÑO: 2025.

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. 33203902, 33535303 CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S., de los meses de abril y mayo de 2025 y 85832377, 86681372, ZONAMEDICA MR SAS-IPS, de los meses de abril y mayo de 2025 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	$ 120.997.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 13.975.600,00
Valor Total actas pagadas		$ 12.901.300,00
Saldo por ejecutar		$ 94.120.100,00
Sumas iguales	**$ 120.997.000,00**	**$ 120.997.000,00**

**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: 0550003800235396	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

Firma: _____
ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT
JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS
CONTRATISTA

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 | Contratación
RADICADO
SECCON- 0833 - 2025

Gobernación de Boyacá Contratación

REVISADO
GABRIEL EDUARDO JOSE MONSALVE BOTIA
Fecha: 13/06/2025

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

PERIODO REPORTE DEL 17 DE ABRIL AL 16 DE MAYO 2025 CONTRATO No. 844

REGISTRO BPyP No.: N/A

FECHA INICIACIÓN: 17/02/2025 FECHA TERMINACIÓN 16/12/2025

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 CLÍNICAS 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.	Se realizó envio del instructivo ML-GN-I-001-INSTRUCTIVO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES OCUPACIONALES-CLIENTE de preparacion de examenes a supervisor de contrato previo a la prestacion de los servicios de los funcionarios.	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 envio de cada paraclinico y certificado ocupacional a los correos entregados por cada funcionario, adicional estos certificados se encuentran en plataforma on line y se redican en fisico en cada 08 dias a la supervisora d el contrato, en el certificado se indica ciudadde atención, fecha, tipo de examen. De acuerodo a la revisión tecnica de la licitación Cravajal cuenta con las condicciones de logistica, recursos necesarios para la prestación como se puede evidenciar en el Reps, y certificaciones de calidad		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.	Los conceptos medicos contienen toda la información especifica en la resolusión 2346 de 2007, van firmados por medico tratante; con dos datos biometricos depaciente: firma y foto, adicionalmente los conceptyos tinen un codigo QR de autenticación.	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.	No se han realizado valoreaciones nutricionales.			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	No se han realizado valoreaciones nutricionales.			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.	No se han realizado valoreaciones nutricionales.			X	
7	Registrar en el concepto médico ocupacional que se realizó la respectiva validación de los exámenes y paraclínicos realizados al funcionario.	Cada concepto medico lleva la descripción de los examenes realziados con casilla de recomendaciones.		X 13/06/2025		

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 realiza via correo electronico del certificado medico ocupacional a cada funcionario, se entrega como evidencia de recibido pantallazo del respectivo envio al supervisor del contrato, esto se realiza de forma semanal. La entrega del concepto se hace en los tres dias siguientes a la prestación del servicio.		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 realizo entrega de socialización de profesiograma a los funcionarios asisitenciales y administrativos involucrados en la atención del contrato, el soporte fue entregado a la supervisora.	X			
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 realiza entrega de conceptos medico el primerdia habil de la semana a la supervisora del contrato.		X		
11	Entregar de manera mensual en formato Excel, relación del presupuesto consumido con respecto a las atenciones realizadas a los funcionarios de la Gobernación de Boyaca, teniendo en cuenta los ítems relacionados en las especificaciones técnicas mínimas.	Se realiza informe de ejecución (presupuesto) y mensualmente se realia envio de prefactura.	X			
12	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.	Las evaluaciones medicas practicadas se realizan teniendo en cuenta el codigo de profesiograma suministrado por la entidad contratante.		X		

13	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 envio certificación de custodia de historia clinica a la supervisora del contrato.	X			
14	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.	No se ha finaliza el contrato por lo tanto no se ha realizado el informe de condiciones de salud.			X	
15	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.	Capacitación programada para la finalización del contrato cuando se conozca la comorbilidad.			X	
16	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	La Unión Tempora dentro de su rfecurso humano cuenta con personal idoneo para dar soporte a las solicitudes que surjan.		X		
17	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 ha dado respuesta a las solicitudes realizadas por la subdirección de Seguridad y Salud en el Trabajo.			X	

18	Entregar a la terminación del contrato informe de la evolución nutricional de los funcionarios, en los que se informe como mínimo perfil sociodemográfico de las personas intervenidas, los procesos que se llevaron a cabo, conclusiones y recomendaciones.	El informe se entregara a finalizar el contrato.			X	
18	Constituir las garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá.	Al inicio del contrato se realizo entrega de la poliza y garantias contractuales.	X			

Firma: 

Nombre:

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**	

INFORME No:	3	FECHA:	**9**	de	**JUNIO**	de	**2025**		
PERIODO: DEL	**17**	de	**ABRIL**	de	**2025**	AL	**16**	de	**MAYO**	de	**2025**
No. CONTRATO O CONVENIO	**844**	DE	**2025**	FECHA:	**13**	de	**FEBRERO**	de	**2025**		

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 120.997.000,00**	RPC	**1501**
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 CLÍNICAS 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	17	2	2025
PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del contrato será de DIEZ (10) MESES, contado a partir de la suscripción de acta de inicio.		
PLAZO CON ADICIONES	N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	16	12	2025
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	16	12	2025

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)				
CONTRATO O CONVENIO				
DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	17	2	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. 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.	Se realizó envio del instructivo ML-GN-I-001- INSTRUCTIVO PARA LA REALIZACION DE EXAMENES OCUPACIONALES-CLIENTE de preparacion de examenes a supervisor de contrato previo a la prestacion de los servicios de los funcionarios.	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 envio de cada paraclinico y certificado ocupacional a los correos entregados por cada funcionario, adicional estos certificados se encuentran en plataforma on line y se redican en fisico en cada 08 dias a la supervisora d el contrato, en el certificado se indica ciudadde atención, fecha, tipo de examen. De acuerodo a la revisión tecnica de la licitación Cravajal cuenta con las condicciones de logistica, recursos necesarios para la prestación como se puede evidenciar en el Reps, y certificaciones de calidad		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.	Los conceptos medicos contienen toda la información especifica en la resolusión 2346 de 2007, van firmados por medico tratante; con dos datos biometricos depaciente: firma y foto, adicionalmente los conceptyos tinen un codigo QR de autenticación.	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.	No se han realizado valoreaciones nutricionales.			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.	No se han realizado valoreaciones nutricionales.			X	

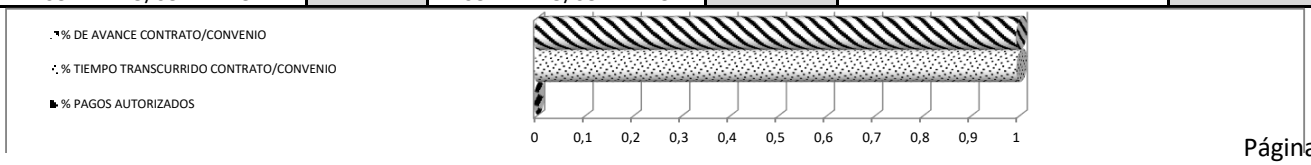
6. Entregar al finalizar el contrato un informe de la intervención nutricional con los resultados obtenidos, impacto y recomendaciones sobre la población trabajadora que valore producto de este contrato, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas.	No se han realizado valoreaciones nutricionales.			x	
7. Registrar en el concepto médico ocupacional que se realizó la respectiva validación de los exámenes y paraclínicos realizados al funcionario.	Cada concepto medico lleva la descripción de los examenes realziados con casilla de recomendaciones.		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 realiza via correo electronico del certificado medico ocupacional a cada funcionario, se entrega como evidencia de recibido pantallazo del respectivo envio al supervisor del contrato, esto se realiza de forma semanal. La entrega del concepto se hace en los tres dias siguientes a la prestación del servicio.		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 realizo entrega de socialización de profesiograma a los funcionarios asisitenciales y administrativos involucrados en la atención del contrato, el soporte fue entregado a la supervisora.	X			
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 realiza entrega de conceptos medico el primerdia habil de la semana a la supervisora del contrato.		X		
11. Entregar de manera mensual en formato Excel, relación del presupuesto consumido con respecto a las atenciones realizadas a los funcionarios de la Gobernación de Boyaca, teniendo en cuenta los ítems relacionados en las especificaciones técnicas mínimas.	Se realiza informe de ejecución (presupuesto) y mensualmente se realia envio de prefactura.	X			
12. 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.	Las evaluaciones medicas practicadas se realizan teniendo en cuenta el codigo de profesiograma suministrado por la entidad contratante.		X		

13. 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 envio certificación de custodia de historia clinica a la supervisora del contrato.	X			
14. 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.	No se ha finaliza el contrato por lo tanto no se ha realizado el informe de condiciones de salud.			X	

15. 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.	Capacitación programada para la finalización del contrato cuando se conozca la comorbilidad.			X	
16. 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.	La Unión Tempora dentro de su rfecurso humano cuenta con personal idoneo para dar soporte a las solicitudes que surjan.		X		
17. 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 ha dado respuesta a las solicitudes realizadas por la subdirección de Seguridad y Salud en el Trabajo.			X	
18. Entregar a la terminación del contrato informe de la evolución nutricional de los funcionarios, en los que se informe como mínimo perfil sociodemográfico de las personas intervenidas, los procesos que se llevaron a cabo, conclusiones y recomendaciones.	El informe se entregara a finalizar el contrato.			X	
19. Constituir las garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá.	Al inicio del contrato se realizo entrega de la poliza y garantias contractuales.	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	**30,00%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**30,00%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**22,17%**



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 ha establecido la iniciacion del contrato el pasado 17 de febrero de 2025, adicionalmente se ha generado una reunion inicial el día 17 DE FEBRERO DE 2025, en el cual se definieron los diferentes parámetros para la ejecucion del contrato, indicando la mejora continua del mismo, los detalles de la ejecución se puede denotar en las obligaciones específicas descritas dentro de este informe.

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	0550003800235396	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	2,27	8	5	2025	$ 2.730.800,00
ACTA PARCIAL 2	8,4	12	5	2025	$ 10.170.500,00
ACTA PARCIAL 3	11,5	9	6	2025	$ 13.975.600,00
TOTAL					**$ 26.876.900,00**

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."**



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
4d43ff53306d8e379356077b6973e48a6353960796a6ab371ecb08199076409eeac25e8076443a98029556bc88e55f46

Número de Factura: UTZC-16
Fecha de Emisión: 30/05/2025
Fecha de Vencimiento: 29/06/2025
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				
Nro.	**Código**	**Descripción**	**U/M**	**Cantidad**	**Precio unitario**	**Descuento detalle**	**Recargo detalle**	**IVA**	**%**	**INC**	**%**	**Precio unitario de venta**
1	011	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NIU	34,00	$ 54.200,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.842.800,00
2	015	FIEBRE AMARILLA VACUNA	NIU	1,00	$ 176.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 176.000,00
3	024	OPTOMETRIA	NIU	32,00	$ 41.300,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.321.600,00
4	005	ESPIROMETRIA	NIU	1,00	$ 43.900,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 43.900,00
5	004	GLICEMIA	NIU	32,00	$ 24.500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 784.000,00
6	006	HEMOGRAMA IV	NIU	32,00	$ 36.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.155.200,00
7	013	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	NIU	20,00	$ 86.400,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.728.000,00
8	012	PERFIL LIPIDICO	NIU	32,00	$ 76.700,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.454.400,00
9	034	ALCOHOL ETILICO EN ALIENTO	NIU	18,00	$ 47.700,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00			$ 858.600,00
10	009	EVALUACION PSICOLOGICA	NIU	31,00	$ 90.300,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.799.300,00
11	010	AUDIOMETRIA	NIU	18,00	$ 45.100,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 811.800,00

Datos Totales

Documento generado el:
30/05/2025 11:12:10
Documento validado por la DIAN:
30/05/2025 11:12:12
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	13975600
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13975600
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	13975600
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13975600

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	13.975.600,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13.975.600,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	13.975.600,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 13.975.600,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764090716430 Rango desde: 13 Rango hasta: 50 Vigencia: 2027-03-19

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 28 días del mes de Abril de 2025.

Atentamente,

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

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:	2025-04-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-24
FECHA DE PAGO:	2025-04-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33203902
TOTAL COTIZANTES:	165
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33203902
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	$ 178.000	$ 178.000
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 822.800	$ 822.800
EPS005	800251440	SANITAS	63	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.723.400	$ 5.723.400
EPS010	800088702	EPS SURA	24	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.931.300	$ 3.931.300
EPS017	830003564	FAMISANAR	26	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.176.800	$ 2.176.800
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.596.400	$ 2.596.400
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	5	$ 0	$ 0	$ 0	$ 437.100	$ 437.100
EPS042	900226715	COOSALUD	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.200	$ 273.200
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 423.100	$ 423.100
MIN001	901037916	MIN001 - ADRES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.000	$ 108.000
Subtotal Salud		10	163	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.670.100	$ 16.670.100
230201	800229739	PROTECCION	29	$ 64.100	$ 64.100	$ 0	$ 12.976.500	$ 12.976.500
230301	800224808	PORVENIR	81	$ 136.800	$ 136.800	$ 0	$ 29.195.600	$ 29.195.600
231001	800227940	COLFONDOS	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.137.600	$ 1.137.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	43	$ 221.600	$ 221.600	$ 0	$ 20.372.900	$ 20.372.900
Subtotal Pensión		4	157	$ 422.500	$ 422.500	$ 0	$ 63.682.600	$ 63.682.600
14-11	890903790	ARL SURA	162	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.957.100	$ 9.957.100
Subtotal ARL		1	162	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.957.100	$ 9.957.100
CCF10	891800213	COMFABOY	154	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.312.100	$ 15.312.100
Subtotal CCF		1	154	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.312.100	$ 15.312.100
		Total a pagar		$ 422.500	$ 422.500	$ 0	$ 105.621.900	$ 105.621.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/05/2025

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 26 días del mes de Mayo de 2025.

Atentamente,

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

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:	2025-05-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-23
FECHA DE PAGO:	2025-05-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33535303
TOTAL COTIZANTES:	167
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33535303
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	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 284.800	$ 284.800
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 439.500	$ 439.500
EPS005	800251440	SANITAS	67	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.093.400	$ 6.093.400
EPS010	800088702	EPS SURA	24	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.904.000	$ 3.904.000
EPS017	830003564	FAMISANAR	26	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.990.300	$ 1.990.300
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	29	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.552.000	$ 2.552.000
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	5	$ 0	$ 0	$ 0	$ 391.200	$ 391.200
EPS042	900226715	COOSALUD	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.500	$ 380.500
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 363.400	$ 363.400
MIN001	901037916	MIN001 - ADRES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 108.000	$ 108.000
RES014	891800330	Univ. Pedag. de Tunja	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 62.200	$ 62.200
Subtotal Salud		11	165	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.569.300	$ 16.569.300
230201	800229739	PROTECCION	29	$ 64.100	$ 64.100	$ 0	$ 13.008.500	$ 13.008.500
230301	800224808	PORVENIR	82	$ 136.800	$ 136.800	$ 0	$ 28.439.400	$ 28.439.400
231001	800227940	COLFONDOS	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.131.200	$ 1.131.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	44	$ 191.600	$ 191.600	$ 0	$ 20.731.800	$ 20.731.800
Subtotal Pensión		4	159	$ 392.500	$ 392.500	$ 0	$ 63.310.900	$ 63.310.900
14-11	890903790	ARL SURA	164	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.671.800	$ 9.671.800
Subtotal ARL		1	164	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.671.800	$ 9.671.800
CCF10	891800213	COMFABOY	156	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.458.100	$ 15.458.100
Subtotal CCF		1	156	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.458.100	$ 15.458.100
		Total a pagar		$ 392.500	$ 392.500	$ 0	$ 105.010.100	$ 105.010.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/06/2025

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:**	marzo 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2025
Número de Radicación:	85832377	**Total a pagar:**	$287,341,600
Fecha de vencimiento:	24/04/2025	**Total de empleados:**	392
Fecha de Pago:	24/04/2025	**Número de Administradoras:**	36

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:**	1430820294
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	383		$0	$17,944,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	67		$0	$24,277,000
230301	800224808	Porvenir	150		$0	$55,283,800
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	5		$0	$3,787,600
231001	800227940	Colfondos	45		$0	$32,075,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	111		$0	$59,884,900
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	9		$0	$1,309,400
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	3		$0	$478,800
CCF09	890480110	Caja de Compensacion Familiar de Cartagena	1		$0	$176,000
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$122,900
CCF13	891190047	Comfaca Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$220,400
CCF14	891500182	Comfacauca Caja de Compensacion Fliar	23		$0	$2,058,200
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	228		$0	$27,994,800
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	4		$0	$258,200
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	15		$0	$1,257,800
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	1		$0	$176,000
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	20		$0	$1,797,900

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	71		$0	$7,497,200
CCF63	891200337	Comfamiliar Putumayo Caja de Compensacion	1		$0	$110,200
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	12		$0	$6,837,200
EPS002	800130907	Salud Total EPS	45		$0	$4,517,900
EPS005	800251440	Sanitas EPS	131		$0	$15,495,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	56		$0	$5,756,100
EPS010	800088702	EPS Sura	38		$0	$4,998,500
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	2		$0	$199,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	29		$0	$3,133,300
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	11		$0	$1,197,200
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	46		$0	$4,070,200
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	5		$0	$495,700
EPS047	901438242	Seguros Bolivar EPS	1		$0	$275,900
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	9		$0	$1,007,600
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	3		$0	$261,500
ESSC62	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	1		$0	$57,000
MIN001	901037916	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	3		$0	$228,200
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		$0	$1,260,000
PASENA	899999034	SENA	1		$0	$840,000
						$287,341,600

***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:**	abril 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2025
Número de Radicación:	86681372	**Total a pagar:**	$307,653,100
Fecha de vencimiento:	23/05/2025	**Total de empleados:**	410
Fecha de Pago:	22/05/2025	**Número de Administradoras:**	38

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:**	1499352671
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	402		$0	$19,691,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	67		$0	$26,781,400
230301	800224808	Porvenir	160		$0	$61,374,100
230901	800253055	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	6		$0	$4,027,800
231001	800227940	Colfondos	43		$0	$32,209,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	117		$0	$63,511,600
CCF03	890900842	Comfenalco Antioquia Caja de Compensacion Fliar	11		$0	$1,759,200
CCF07	890101994	Comfamiliar del Atlantico Caja de Compensacion	3		$0	$480,300
CCF09	890480110	Caja de Compensacion Familiar de Cartagena	1		$0	$176,000
CCF10	891800213	Comfaboy Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$112,500
CCF13	891190047	Comfaca Caja de Compensacion Fliar	2		$0	$220,400
CCF14	891500182	Comfacauca Caja de Compensacion Fliar	23		$0	$2,058,200
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	241		$0	$29,951,900
CCF32	891180008	Comfamiliar Huila Caja de Compensacion Fliar	6		$0	$405,300
CCF35	891280008	Caja de Compensacion Familiar de Nariño	15		$0	$1,301,300
CCF40	890201578	Comfenalco Santander Caja de Compensacion	1		$0	$176,000
CCF50	890700148	Comfenalco Caja de Compensacion Fliar	20		$0	$1,883,500

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	71		$0	$7,528,000
CCF63	891200337	Comfamiliar Putumayo Caja de Compensacion	1		$0	$110,200
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	12		$0	$6,870,000
EPS002	800130907	Salud Total EPS	48		$0	$5,163,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	128		$0	$16,240,100
EPS008	860066942	Compensar EPS	61		$0	$6,255,900
EPS010	800088702	EPS Sura	43		$0	$5,589,300
EPS012	890303093	Comfenalco valle E.P.S.	2		$0	$199,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	32		$0	$3,362,400
EPS018	805001157	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	11		$0	$1,116,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	47		$0	$4,326,600
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	6		$0	$518,900
EPS047	901438242	Seguros Bolivar EPS	1		$0	$270,000
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	9		$0	$1,045,000
ESSC07	806008394	EPS-S Mutual Ser	1		$0	$21,600
ESSC18	901021565	EPS-S Emssanar	3		$0	$261,500
ESSC24	900226715	EPS-S Coosalud	1		$0	$124,000
ESSC62	900935126	ASMET SALUD EPS SAS	1		$0	$57,000
MIN001	901037916	Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA	4		$0	$372,700
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		$0	$1,260,000
PASENA	899999034	SENA	1		$0	$840,000
						$307,653,100

***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

UNIÓN TEMPORAL

JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS, identificado con cedula de ciudadanía número **91.496.249** de Bucaramanga, en mi calidad de Representante Legal de **ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT,** NIT. **901.578.391-4**,

CERTIFICO QUE:

ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT, identificada con NIT. **901.578.391-4**, no tiene empleados vinculados, por tanto, no cuenta con pagos a seguridad social; la seguridad social se encuentra en cabeza de cada uno de los Integrantes de la UT.

Esta certificación se expide el 03 de Junio 2025.

Cordialmente,

JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL
C.C 91496249

EDUARDO ROBAYO OSORIO
CONTADOR PÚBLICO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito Revisor fiscal, en su calidad de Revisor Fiscal de **CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S.**

C E R T I F I C A:

Que CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S., con NIT 900.152.996-7 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de Abril de 2025.

Que CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S., ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de Abril de 2025 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

En cumplimiento del artículo 50 de la ley 789 de 2002 me permito certificar que, a la fecha, se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 28 días del mes de Abril de 2025.

Atentamente,

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO

Firmado digitalmente por JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Fecha: 2025.04.28 10:25:19 -10'00'

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Revisor Fiscal Mat. 20218

CARRERA 22 Nº 166 - 66 TELEFONOS: 8833645 CEL: 311 440 41 71
E-mail: edorobayo@hotmail.com
BOGOTA, D. C. COLOMBIA

EDUARDO ROBAYO OSORIO
CONTADOR PÚBLICO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

El suscrito Revisor fiscal, en su calidad de Revisor Fiscal de **CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S.**

C E R T I F I C A:

Que CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S., con NIT 900.152.996-7 ha cancelado oportunamente sus obligaciones a las entidades pertenecientes al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por concepto de seguridad social en salud, pensiones de jubilación y servicios de A.R.L., y que a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes al mes de Mayo 2025.

Que CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S., ha cancelado oportunamente los APORTES PARAFISCALES (SENA, I.C.B.F., CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR) y a la fecha se han cancelado los aportes correspondientes hasta el mes de Mayo de 2025 y se encuentra al día con todas las obligaciones derivadas de su nómina de empleados.

En cumplimiento del artículo 50 de la ley 789 de 2002 me permito certificar que, a la fecha, se encuentra al día con los pagos mensuales realizados durante los últimos (6) seis meses en las entidades en las cuales se encuentran afiliados sus empleados.

Se expide la presente a los 26 días del mes de Mayo de 2025.

Atentamente,

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO

Firmado digitalmente por JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Fecha: 2025.05.05 07:25:19 -10'00'

JESUS EDUARDO ROBAYO OSORIO
Revisor Fiscal Mat. 20218

CARRERA 22 Nº 166 - 66 TELEFONOS: 8833645 CEL: 311 440 41 71
E-mail: edorobayo@hotmail.com
BOGOTA, D. C. COLOMBIA

ELSUSCRITOREVISORFISCALDE
ZONAMEDICA MR SAS
NIT 900.170.994-9

Yo, Carmen Elena Gómez Parra, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.162.231, en mi calidad de Revisor Fiscal de la sociedad ZONAMEDICA MR SAS con Nit 900.170.994-9 manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa se encuentra afiliada y 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, por lo que declaro 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.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Y LEY 1150 DE 2007, Articulo 23, inciso *2";* el primer (03) días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,



CARMEN ELENA GÓMEZ PARRA
CC 52.162.231
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 85045-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F3661A13EA9271F8

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 *
* *
* *

Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



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 DUSSAN
C.C. 52927033
RESOLUCION INSCRIPCION 158 FECHA 2006/07/06
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DIAZ MUNOZ 129483

IDEAS

FIRMA DEL TITULAR 59485

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 COPIAL 2932596

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F9C2446158B5C89A

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 **CARMEN ELENA GOMEZ PARRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52162231 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 85045-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

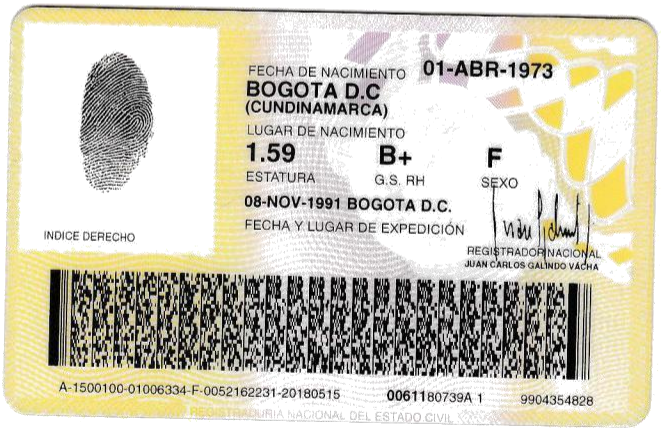
Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 52.162.231
GOMEZ PARRA
APELLIDOS
CARMEN ELENA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1973
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
08-NOV-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-1500100-01006334-F-0052162231-20180515
0061180739A 1
9904354828
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO



85045-T

CARMEN ELENA
GOMEZ PARRA
C.C. 52162231
RESOLUCION INSCRIPCION 25 FECHA 11/04/02
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

PRESIDENTE

ELCA INES SANCHEZ CORTES

94505

IDEQS

FIRMA DEL TITULAR

003317

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.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A7568F956F4AB1FB

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

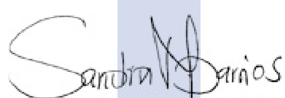
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

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 ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.



SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO



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.

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

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	
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					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 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 rent
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

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 141165708518

(415)7707212489984(8020) 000014116570851 8

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	
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
	6 0 1 7 4 4 7 1 5 9	3 1 8 7 1 7 4 0 1 9

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 7 0 8 3 0	8 6 9 9	2 0 0 7 0 8 3 0	4 6 4 5	8 4 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	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

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: 141165708518

(415)7707212489984(8020) **000014116570851 8**

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: 141165708518

(415)7707212489984(8020) **000014116570851 8**

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
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 9 2 7

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MIRANDA	BONFANTE	PAOLA	

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 141165708518

(415)7707212489984(8020) **000014116570851 8**

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	1	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 141165708518

(415)7707212489984(8020) **000014116570851 8**

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**
6 0 1 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**
6 0 1 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 141165708518

(415)7707212489984(8020) **000014116570851 8**

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 141161568932

(415)7707212489984(8020) 000014116156893 2

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	
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
	6 0 8 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			15

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	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

	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 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: 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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: 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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**	
6 0 8 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 605 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**	
6 0 8 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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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**
6 0 8 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**
6 0 8 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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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**
6 0 8 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**
6 0 8 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**
6 0 8 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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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**
6 0 8 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**
6 0 8 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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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**
6 0 8 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**
6 0 8 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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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**
6 0 8 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**
6 0 8 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**
6 0 8 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 141161568932

(415)7707212489984(8020) **000014116156893 2**

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	
6 0 8 7 4 9 3 2 8 0		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Formación para el trabajo. 8 5 5 1	

162. Nombre del establecimiento
CENTRO ESPECIALIZADO EN CAPACITACIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

165. Dirección
CR 14 24 96 BRR SANTA LUCIA

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

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

TUNJA, BOYACÁ, 03/06/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT** con **NIT 9015783914** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550003800235396

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA