Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 3
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-030
	ACTA DE LIQUIDACIÓN	FECHA: 21/Oct/2024

FECHA PRESENTE ACTA	04 DE AGOSTO DE 2025			
SUMINISTRO__ CONSULTORIA ___ ARRIENDAMIENTO ___ OBRA ___ COMPRAVENTA ___ COMODATO____ PRESTACION DE SERVICIOS _X_			No. 3692	DE FECHA:22/12/2023
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, PARA VALORAR Y EXPEDIR LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DENTRO DEL PROYECTO DENOMINADO "APOYO A LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN, REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ" SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1239 DE 2022 - N° 1.			
CONTRATISTA	CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S R/L SALVADOR LEON CASTILLO			NIT: 901.011.387-0 C.C: 7.310.237
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	YANETH EFIGENIA PEÑA FUENTES			C.C: 23324680
VALOR DEL CONTRATO :	$ 35.989.275,00			
ADICIONAL N° NA	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° NA	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 35.989.275,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO hasta el 29 de diciembre de 2023			
PRORROGA N° __1__	Tiempo:	SEIS (06) MESES a partir del plazo inicialmente establecido	De Fecha:	18/1/2024
PRORROGA N° __2___	Tiempo:	CUATRO (04) MESES a partir del plazo inicialmente establecido	De Fecha:	25/6/2024
PLAZO TOTAL	DIEZ (10) MESES Y CUATRO (4) DIAS			
FECHA DE INICIACIÓN	26/12/2023			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° 1	De Fecha:	28/12/2023		
ACTA DE REINICIACIÓN N° 1	De Fecha:	17/1/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/2023			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	18/11/2024			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	26/12/2023 AL 27/12/2023 Y DEL 17/01/2024 AL 18/11/2024			
RBPP N°	2023 00415 0262			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:____11517____ AÑO: ____2023_____, RPC No:___3367___ AÑO__2025__,.

Los suscritos, WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS mayor de edad, domiciliado en TUNJA, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.4.208.570 de PAZ DE RIO, Delegado para la contratación mediante Decreto N° 093 de fecha 01 DE FEBRERO DE 2019 y que para efectos del presente contrato se denominará el DEPARTAMENTO (quien firma atendiendo al principio de buena fe, previsto en el artículo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, SALVADOR LEON CASTILLO,, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No.7.310.237 expedida en CHIQUINQUIRA quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor (a) YANETH EFIGENIA PEÑA FUENTES INTERVENTOR / SUPERVISOR, hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoría y/o supervisión del contrato N°3692 de 2023 quien certifica que el mismo se efectuó de acuerdo a las especificaciones técnicas, económicas y demás condiciones estipuladas en el contrato para su ejecución, por tanto el suscrito interventor 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, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

Que el día xxxxx (xx) del mes xxxx de 20XX, para garantizar el cumplimiento del objeto del Contrato y/o Convenio, fue aprobada la Garantía única con los siguientes amparos y vigencias:

ENTIDAD ASEGURADORA	Nº DE LA POLIZA	VIGENCIA		
		CONCEPTO DEL AMPARO	Desde (D/M/A)	Hasta (D/M/A)

NOTA: Para el pago es necesario actualizar la Póliza.

El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones y cuando a ello hubo lugar, riesgos profesionales, aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA.

CONTROL ANTICIPOS

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

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (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	$ 35.989.275,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 35.989.275,00
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	$ 35.989.275,00	$ 35.989.275,00

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

Rendimientos Financieros **(si los hubiere)** $ 0,00

Reintegrar a la Cuenta Bancaria No. _____ del Banco _____ Departamento de Boyacá

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

No. CUENTA: 386000128234	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS: X	CORRIENTE:

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

CLAUSULAS: PRIMERA - PAZ Y SALVO: El contratista se declara a paz y salvo por todo concepto derivado del Contrato de interadministrativo No. 3692 de 2023. SEGUNDA – MANIFESTACIÓN: las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado. Para constancia firman los que en ella intervinieron:

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: YANETH EFIGENIA PEÑA FUENTES
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALÁN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
Nombre: CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S
CONTRATISTA
R/L SALVADOR LEON CASTILLO

Firma: _____
Nombre: WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
JUANA VIVIANA CORTES TAMAYO
Fecha: 04-08-2025

* 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- 1119- 2025

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Chiquinquirá, Noviembre 15 de 2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CLINIC-SALUS IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION SAS** con **NIT 900.011.387-0**

Posee en el Banco Davivienda

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**386000128234**
Denominación	**Contrato de prestación de Servicios de Salud No. 3692 – de 2023 Prestación de servicios de salud por equipo multidisciplinario para valorar y expedir la certificación de discapacidad a personas con discapacidad, dentro del proyecto denominado – Apoyo a los procesos de certificación, registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad en el Departamento de Boyacá según resolución No. 1239 de 2022 – No. 1**
Fecha Apertura	**2023/01/06**
Estado	**Activa**

Cordialmente,

Sandra M Ballen

DAVIVIENDA
3860 - OFICINA CHIQUINQUIRA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S
NIT.901011387-0

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El Representante Legal y el Contador Público de CLINIC-SALUD IPS DIAGNOSTICO Y REHABILITACION S.A.S con NIT. 901011387 certificamos que, durante el periodo comprendido entre el 22 de diciembre de 2023 y el 18 de noviembre de 2024, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Las personas afiliadas por cuenta de la empresa son las siguientes:

NOMBRE DEL EMPLEADO	# DOCUMENTO	CARGO
SALVADOR LEON CASTILLO	7310237	FISIOTERAPEUTA
YESICA YOHANA SANCHEZ CASTELLANOS	1053334412	SECRETARIA ADMINISTRATIVA
KARENT PAOLA MURCIA RODRIGUEZ	1083010363	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Las personas contratadas por orden de prestación de servicios pero que también cumplen con el pago de aportes a seguridad social son las siguientes:

CONTRATISTA	# DOCUMENTO	CARGO
SHAIANA ELIZABETH BUITRAGO PARRA	1020755686	MEDICA GENERAL
GUZMAN ANTONIO MENDIETA GUERRERO	80018223	CONTADOR PUBLICO
ANDREA FERNANDA SALGADO RUGE	1053345146	FISIOTERAPEUTA
DIANA MILENA MURCIA AREVALO	1018416407	PSICOLOGA
LAURA DANIELA FLOREZ MARTINEZ	1007389860	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Chiquinquirá a los diez y ocho (18) días del mes de noviembre de 2024.



SALVADOR LEON CASTILLO
C.C. 7310237 de Chiquinquirá
Representante Legal



GUZMAN ANTONIO MENDIETA G.
C.C. 80.018.223 de Bogotá D.C.
Contador Público T.P

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

FF6B0A810EFFE3D4

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 **GUZMAN ANTONIO MENDIETA GUERRERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80018223 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 159069-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Noviembre de 2024 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



FIRMA DEL TITULAR

85011

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 Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

159069-T

GUZMAN ANTONIO
MENDIETA GUERRERO
C.C. 80018223
RESOLUCION INSCRIPCION 149 FECHA 12/05/2011
UNIVERSIDAD U. P. C. C.

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON 169717



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80018223

MENDIETA GUERRERO
APELLIDOS

GUZMAN ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1975
TINJACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

08-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-0706700-33098761-M-0080018223-20020426 0072402115B 01 105290485

DEPARTAMENTO
3 MINERO Y DE
REGISTROS PÚBLICOS

ACTA No. 01

Siendo las 8:00 am del dia 16 de septiembre de 2017 se reunió la junta directiva de Clinic-Salud IPS Diagnóstico y Rehabilitación SAS con el fin de hacer el nombramiento del representante Legal de la entidad, cargo al cual fue designado el señor Salvador Leon Castillo con cédula de ciudadanía No. 7310237 de Chiquinquirá quien aceptó el cargo.

Siendo las 8:30am se termina la reunion y para Constancia firma el presidente a Doc y la Secretaria.

Presidente a Doc.
Angelica Maria Ortiz Quiroga
C.C. 46675732

Secretaria
Yesica Yohana Sanchez
C.C. 1053334412

Chiquinquirá de septiembre 16 de 2016

ACEPTACIÓN DEL CARGO

Yo Salvador León Castillo identificado con CC: 7310237 de Chiquinquirá acepto el cargo de Representante Legal de CLINIC-SALUD IPS Diagnostico y Rehabilitación S.A.S. A la vez manifiesto que no existen incompatibilidades ni inhabilidades que afecten el normal desempeño de la función como representante legal de esta empresa.

SALVADOR LEON CASTILLO
CC: 7310237

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO CONTENIDO FIRMA Y HUELLA
Ante el Notario 2 del Circulo de Chiquinquirá
Compareció:

Notaria 2

LEON CASTILLO SALVADOR

quien exhibió: C.C. 7310237
y declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto. El Notario certifica que la presente Huella fue impresa por el(la) Declarante.

Chiquinquirá 20/09/2016

Firma

Autorizó el Anterior Reconocimiento:
MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ
NOTARIO 2 DEL CIRCULO DE CHIQUINQUIRA

DMC

www.notaria2chiq.com


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.310.237
LEON CASTILLO
APELLIDOS
SALVADOR
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1970
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
22-MAR-1989 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-0719000-00209123-M-0007310237-20100114
0019984952A 1
25212518

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141150848147

(415)7707212489984(8020) 000014115084814 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 1 0 2 3 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEON	CASTILLO	SALVADOR	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

41. Dirección principal
CL 19 9 12 BRR CENTRO

42. Correo electrónico fisiosalud1@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 LEON CASTILLO SALVADOR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141150848147

(415)7707212489984(8020) **000014115084814 7**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	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	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

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
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141150848147

(415)7707212489984(8020) **000014115084814 7**

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

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

1

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

162. Nombre del establecimiento
FISIOSALUD FISIOTERAPIA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

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

165. Dirección
CL 17 10 56

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

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