

FECHA: 15/08/2025

269,412.00

MESALUD LTDA

CC ó Nit:

808000299

DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Transferencia

Desde Davivienda Cuenta No. : 470169989006 Hacia: BanColombia Cuenta No. 38421184482

CPS-141

HOSPITAL NUESTRA SENORA DEL CARMEN

NIT: 860020094-8

AV. MEDINA NO. 6-06 Tel. 8475710

COMPROBANTE DE EGRESO No.

34775

FECHA: 15/08/2025

**DETALLE DEL EGRESO:**

PAGO CONTRATO 141 FACT 19673

**DETALLE PRESUPUESTO**

| Giro  | Compromiso | CRP | CDP | Rubro           | Descripción       | Valor      |
|-------|------------|-----|-----|-----------------|-------------------|------------|
| 1494  | 1435       | 193 | 165 | 2.1.2.02.02.009 | SALUD OCUPACIONAL | 269,412.00 |
| TOTAL |            |     |     |                 |                   | 269,412.00 |

**DETALLE ORDENES DE PAGO**

| No. Orden Pago | Detalle                      | Valor Orden | Saldo   |
|----------------|------------------------------|-------------|---------|
| 38030          | SERV CONSULTA SST JULIO 2025 |             | 269,412 |
| TOTAL          |                              |             | 269,412 |

**DETALLE RETENCIONES**

| Concepto | Descripción                        | Base Retención | % | Valor     |
|----------|------------------------------------|----------------|---|-----------|
| 2008     | 24402401 TASA PRO-DEPORTE          | 314,000.00     |   | 7,850.00  |
| 369      | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11% | 314,000.00     |   | 34,540.00 |
| TOTAL:   |                                    |                |   | 42,390.00 |

**DETALLE DE PAGO**

| Cuenta   | Descripción                     | Debito     | Credito    |
|----------|---------------------------------|------------|------------|
| 11100501 | DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006 | 0.00       | 269.412.00 |
| 24010101 | BIENES                          | 269.412.00 | 0.00       |

ENTE

SUB GERENTE

BENEFICIARIO  
CC/NIT

269,412.00

MESALUD LTDA

DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTEXXXXXXXXXX  
DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS

**HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**

Comprobantes de Egreso No. **34775**

DETALLE CONTABLE

| Cuenta   | Descripción                     | Nit       | Debito     | Credito    |
|----------|---------------------------------|-----------|------------|------------|
| 24010101 | BIENES                          | 808000299 | 269,412.00 | .00        |
| 11100501 | DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006 |           | .00        | 269,412.00 |

Orden de Pago Nro : 38030

Fecha : 28/07/2025

Tercero : 808000299 MESALUD LTDA

Autorretenedor : No

Factura : 19673

Regimen : Común

Disponibilidad :91 -193

Contribuyente : No

Fecha : 28/07/2025 5:02:59

Prefijo : JULIO

Reserva : 1435

I. C. A : ACTIVIDAD SERVICIOS 7 X MIL p. m.

Retencion :

Descripcion : SERV CONSULTA SST JULIO 2025

Descuento :

CONCEPTOS

| Codigo | Descripción                                             | Valor      |
|--------|---------------------------------------------------------|------------|
| 1873   | 51118001 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS-TÉCNICOS - SERVICIOS | 314,000.00 |
| 1892   | 24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000                         | 2,198.00   |
| 2008   | 24402401 TASA PRO-DEPORTE                               | 7,850.00   |
| 369    | 24360302 HONORARIOS DECLARANTE 11%                      | 34,540.00  |
| 03     | 24010101 PROVEEDOR SERVICIOS                            | 269,412.00 |

DETALLE CONTABLE

| Cuenta   | C Costo | UFuncional | Lugar | Nit       | Debito     | Credito    |
|----------|---------|------------|-------|-----------|------------|------------|
| 51118001 | 010101  | 01         | 01    | 808000299 | 314,000.00 | .00        |
| 24362707 |         |            |       | 808000299 | .00        | 2,198.00   |
| 24402401 |         |            |       | 808000299 | .00        | 7,850.00   |
| 24360302 |         |            |       | 808000299 | .00        | 34,540.00  |
| 24010101 |         |            |       | 808000299 | .00        | 269,412.00 |

USUARIO

EDISSON RESTREPO MOLINA



Comprobante de Pago

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
|                | Datos del Proceso de Pago    |
| Nombre Empresa | HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN |
| Nombre Proceso | PAGO MESALUD LIMITADA        |
| Fecha Pago     | 15/08/2025                   |
| Hora Pago      | 15:32                        |

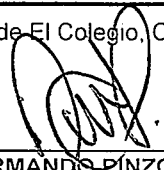
|                                 |                         |            |              |
|---------------------------------|-------------------------|------------|--------------|
|                                 | Detalle Proceso de Pago |            |              |
| Nit Destino                     | 808000299               | Referencia | 8600200948   |
| Nombre                          | MESALUD LTDA            |            |              |
| No. Producto o Servicio Destino | XXXXXXXX4482            | Banco      | BANCOLOMBIA  |
| Valor                           | \$ 269.412,00           | Estado     | Pago Exitoso |

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



REGIÓN DE SALUD  
CENTRO

**CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 141                                                                                                                                                                                                                     |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MESALUD LIMITADA                                                                                                                                                                                                        |
| IDENTIFICACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 808.000.299-6                                                                                                                                                                                                           |
| FECHA DE SUSCRIPCION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3/02/2025                                                                                                                                                                                                               |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES Y REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CON ÉNFASIS EN MEDICINA LABORAL, DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 4.000.000                                                                                                                                                                                                            |
| PLAZO INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 10 MESES 28 DIAS                                                                                                                                                                                                        |
| FECHA DE INICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4/02/2025                                                                                                                                                                                                               |
| FECHA DE TERMINACION INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31/12/2025                                                                                                                                                                                                              |
| TIEMPO DE PRORROGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                         |
| ADICION EN VALOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                         |
| FECHA TERMINACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                         |
| MES PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA DE PAGO:                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |
| Certificación de pago seguridad social y parafiscales                                                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA DE CERTIFICACION: 2/JULIO/2025                                                                                                                                                                                    |
| El coordinador del área CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de JUNIO                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |
| Que en razón a dicha ejecución, el valor correspondiente a pagar es de TRESCIENTOS CATORCE MIL PESOS \$ ( 314,000 )                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                         |
| Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios ) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato. |                                                                                                                                                                                                                         |
| Informe de pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI                                                                                                                                                                                                                      |
| Planilla de Seguridad Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                                                                                                                                                                                                      |
| Factura -Cuenta de cobro                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI                                                                                                                                                                                                                      |
| Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de JULIO 2025                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |
| <br>DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA<br>SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                         |
| Email: <a href="mailto:contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co">contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co</a>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         |

MESALUD LTDA.

NIT : 808,000,299 - 6

CALLE 4A #27 85

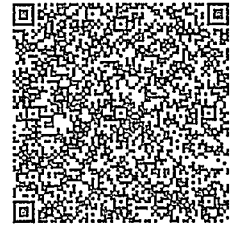
L2 MESA - COLOMBIA

3206080653 8470009

arnvs1902@hotmail.com

Responsables de iva - No somos autorretenedores

Actividad Económica 8621 Tarifa 5,00



|           |                                                                              |              |            |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Cliente   | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO |              |            |
| NIT       | 860,020,094 - 8                                                              | Telefono     | 3112922972 |
| Dirección | AV MEDINA 6 06                                                               | Vendedor     | ANA MARIA  |
| Ciudad    | E2 COLEGIO - COLOMBIA                                                        | Centro Costo | 1          |
| Correo    | GERENCIA@ESEELCOLEGIO-COLOMBIA                                               |              |            |

FACTURA ELECTRÓNICA DE  
VENTA  
19673

Fecha y Hora de Factura

Generación 2025-07-02 07:58:27

Expedición 2025-07-02 07:59:25

Vencimiento 2025-07-03

| Item | Código     | Descripción                              | Unid. | Cant. | V. Unit. | Valor Total |
|------|------------|------------------------------------------|-------|-------|----------|-------------|
| 1    | 4110530000 | CONSULTA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |       | 0.00  | 0.00     | 314,000.00  |

Total Items 1

|             |            |
|-------------|------------|
| Total Bruto | 314,000.00 |
|-------------|------------|

|               |               |
|---------------|---------------|
| Total a Pagar | \$ 314.000,00 |
|---------------|---------------|

## FORMA DE PAGO

## MEDIO DE PAGO

Idito Cxc Personas  
Juridicas

Efectivo

Cuota 1 F - 010- 19673 Vence el  
2025-07-03

314.000,00

VALOR EN LETRAS

Trescientos Catorce Mil Pesos M/Cte

## OBSERVACIONES

## PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA Y VALORACION CON ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## USUARIO:

DENISE QUINTERO  
ALEJANDRA ARRIETA  
DAMARIS TRUJILLO

FAVOR CONSIGNAR EN BANCOLOMBIA CUENTA CORRIENTE 38421184482

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR

Firma Recibido

Esta factura de venta aplica las normas relativas al cambio de moneda (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título. Valor: Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764070999755 aprobado en 2024-05-10 hasta el 2026-05-10, vigencia 24 Meses, prefiijo desde el número 19301 al 19800

CUFE :a90ac5d88b2151e5dbf7c68f3c1fff63c1C017c04fc5972038cb83bc8cebe62f9c522dc80f5fe22c991f2ee1d136

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

|  |                                                               |                 |
|--|---------------------------------------------------------------|-----------------|
|  | <b>E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO</b> | <b>Código</b>   |
|  | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>                         | <b>SUB-F2</b>   |
|  | <b>PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN</b>                     | <b>V01-2024</b> |

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------|--|--|
| <b>INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| <b>ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| <b>INFORMACIÓN BÁSICA</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| PERIODO DEL INFORME                                          | JUNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. |                                |               | 141-2025    |  |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MESALUD LTDA                            |                                | NIT.          | 808000299-6 |  |  |
| OBJETO:                                                      | PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES OCUPACIONALES Y REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CON ÉNFASIS EN MEDICINA LABORAL, DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO.                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                |               |             |  |  |
| Informe No:                                                  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         | Fecha:                         | JULIO DE 2025 |             |  |  |
| Inicio:                                                      | 04/02/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Plazo Inicial:                          | 10 MESES Y 28 DÍAS             | Prorroga      | Fecha Final |  |  |
| Finalización:                                                | 31/12/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                |               |             |  |  |
| <b>REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| No DISPONIBILIDAD                                            | VALOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         | No REGISTRO PRESUPUESTAL       | VALOR         |             |  |  |
| 165                                                          | \$4.000.0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         | 193                            | \$4.000.0000  |             |  |  |
| <b>ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| Valor Total Del Contrato                                     | \$4.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         | Valor A Pagar:                 | \$ 314.000    |             |  |  |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | Valor Giros Efectuados         | \$ 1.233.320  |             |  |  |
| % Ejecución del Contrato:                                    | 38%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         | % ejecución Financiera Actual: | 85%           |             |  |  |
| <b>ADICIÓN PRORROGA</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| Fecha de Inicio:                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | Fecha de Terminación           |               |             |  |  |
| Valor Adición:                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |               |             |  |  |
| N°                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                | CUMPLE        |             |  |  |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                | SI            | NO          |  |  |
| 1                                                            | Realizar exámenes ocupacionales de ingreso, periódico y retiro para el personal de planta, así mismo entregar la información mínima que debe ser registrada en las diferentes evaluaciones médicas ocupacionales, acorde al artículo 8 del Decreto 2346 de 2007, que incluya la identificación de las condiciones sociodemográficas de cada trabajador.                                                                                   |                                         |                                | X             |             |  |  |
| 2                                                            | Realizar el profesiograma de acuerdo a la solicitud del talento humano y entregar la matriz a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                |               | X           |  |  |
| 3                                                            | Entregar informe parcial sobre las condiciones de salud de la población valorada, de acuerdo con el objeto contractual. Dicho informe debe presentarse en una base de datos, en Excel con la relación individual por trabajador y recomendaciones específicas a seguir. Es responsabilidad del proveedor digitalizar la información generada y mantenerla digitalizada y a su disposición de la líder de Seguridad y Salud en el Trabajo. |                                         |                                | X             |             |  |  |

|  |                                                               |                |
|--|---------------------------------------------------------------|----------------|
|  | <b>E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO</b> | <b>Código</b>  |
|  | <b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>                         | <b>SUB-F2</b>  |
|  | <b>PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN</b>                     | <b>Versión</b> |
|  |                                                               | V01-2024       |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 4 | Contar con el personal necesario y suficiente para prestar los servicios, el cual deberá ser profesional en área de la salud y acreditar licencia de medicina del trabajo o salud ocupacional o seguridad y salud en el trabajo vigente y experiencia certificada. | X |   |
| 5 | Garantizar la custodia, manejo y confidencialidad, de la historia clínica de los servidores de la empresa.                                                                                                                                                         | X |   |
| 6 | El proveedor deberá garantizar la entrega del resultado máximo al día siguiente de la realización de este.                                                                                                                                                         | X |   |
| 7 | Es responsabilidad del proveedor realizar la entrega del profesiograma, de acuerdo a requerimientos del hospital Nuestra Señora del Carmen de El Colegio.                                                                                                          |   | X |

|                                                                           |                    |                   |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| <b>PRODUCTOS ESPERADOS</b>                                                | <b>PROGRAMADOS</b> | <b>REALIZADOS</b> |
| Se dio cumplimiento a 7 actividades específicas descritas en el contrato. | 7                  | 7                 |

Yo DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA en calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista, MESALUD LTDA, Anexo certificación de Perifoneos de Junio de 2025.

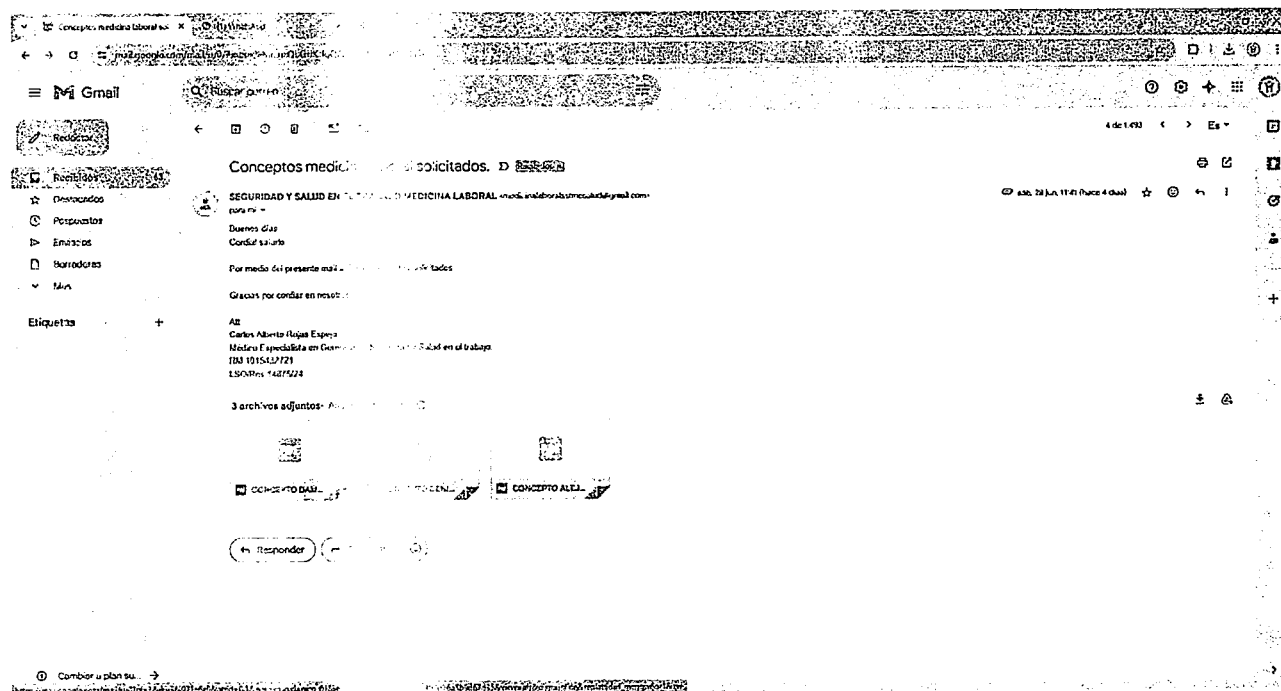
FIRMA COORDINADOR AREA

V°B° COORDINADOR DE ÁREA

| Nombres completos                  | EXAMEN    | CARGO        | FECHA DE EXAMEN  | EPS       | TIPO DE AFILIACIÓN | VALOR EXAMENES |
|------------------------------------|-----------|--------------|------------------|-----------|--------------------|----------------|
| TRUJILLO SALAS DAMARIS             | PERIODICO | SECRETARIA   | VIERNES 27 JUNIO | COMPENSAR | CONTRIBUTIVO       | 78000          |
| DENISE VALERIA QUINTERO TALERIO    | INGRENDO  | BACTERIOLOGA | VIERNES 27 JUNIO | SANITAS   | CONTRIBUTIVO       | 118000         |
| ALEJANDRA PATRICIA ARRIETA REVOLLO | INGRENDO  | ODONTOLOGA   | VIERNES 27 JUNIO | COOSALUD  | CONTRIBUTIVO       | 118000         |
|                                    |           |              |                  |           |                    | 314000         |

|                                                                                  |                                                        |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|
|  | E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | Código   |
|                                                                                  | FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES                         | SUB-F2   |
|                                                                                  | PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN                     | V01-2024 |

Se anexa correo de exámenes recibidos, no se pueden anexar los documentos ya que son de reserva confidencial.





NIT 808.000.299-6

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES  
PERSONA JURIDICA ARTICULO 50 DE LA LEY 789 2002**

Yo **OMAR RONCANCIO CORTES**, identificado con **C.C 7.303.671** de Chiquinquirá, y con Tarjeta Profesional N° **TP 23778-T** de la Junta Central De Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de **MESALUD LTDA** identificada con Nit: **808.000.299-6**, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Girardot, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados durante los últimos (6) meses legalmente exigibles a la fecha, por los conceptos de Pensión, Salud, Riesgos Profesionales y Caja De Compensación Familiar.

El personal vinculado por contrato de prestación de servicios, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL correspondiente al mes de Junio de 2025, dando cumplimiento al Artículo 50 de ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

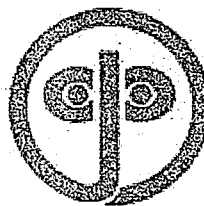
Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante el mes de Junio de 2025.

Dada en La Mesa, Cundinamarca, el día (2) del mes Julio de 2025.

**OMAR RONCANCIO CORTES**  
**CC 7.303.671 de Chiquinquirá**  
**TP. 23778-T**

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES



Certificado No:



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 OMAR RONCANCIO CORTES identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7303671 de CHIQUINQUIRA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 23778-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

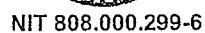
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Dado en BOGOTÁ a los 4 días del mes de Junio 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](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado



NUMBER 7

RONCAN...CORTES

APELLIDOS

DMAR

710313988



INDEX DEFEC.

FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1961

SABOYA  
(BOYACA)

(BUYACA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

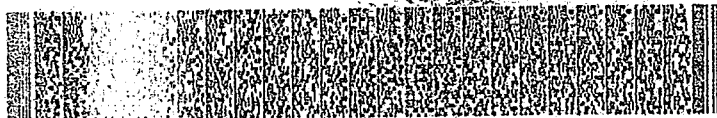
1.72  
ESTATUF

G.S. RH

SEXO

09-DIC-1979 CHIQUINQUIRA.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AMEL GARCIA TORRES



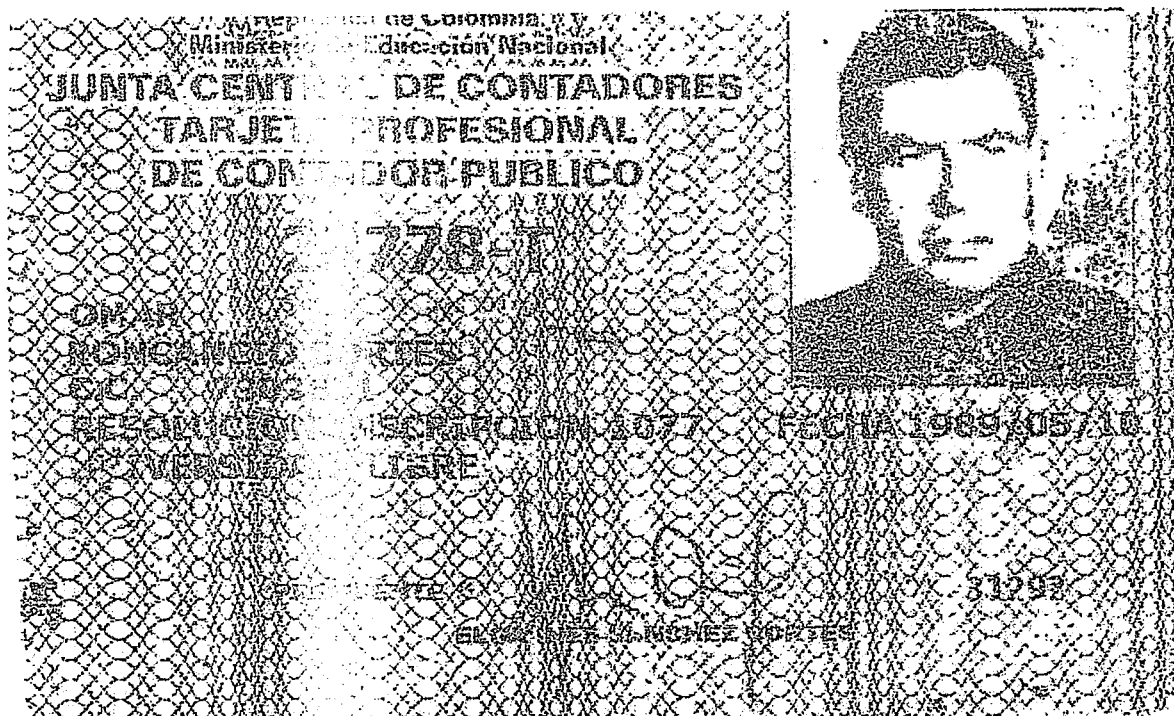
A-151429-1-1-712-M-0007303071-20090025

0016517288A 1

28815451



NIT 808.000.299-6



2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

141150661999



(415)7707212489984(8020) 000014115066199 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 8 0 0 0 2 9 9

6

Dirección y Aduanas de Girardot

8

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Lugar de expedición

28. País

Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

MESALUD LTDA.

36. Nombre comercial

MESALUD LTDA.

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio

La Mesa

3 8 6

41. Dirección principal

CL 4 A 27 85

42. Correo electrónico

facturacionmesaludltda@outlook.es

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 4 9 8 9 3 3 5

45. Teléfono 2

3 2 0 8 0 0 4 3 7 1

## CLASIFICACIÓN

## Actividad Económica

## Ocupación

## Actividad principal

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

1 9 9 6 0 2 0 5

8 7 3 0

1 9 9 6 0 2 0 5

8 6 9 2 4 6 9 0

1

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

03- Impuesto al patrimonio

55. Informante de beneficiarios Finales

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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

|           |          |          |   |   |   |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 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 12.6 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 VELANDIA SARMIENTO ANA MARIA

985. Cargo Representante legal Certificado

# Certificado Bancario

Lunes, 26 de mayo de 2025

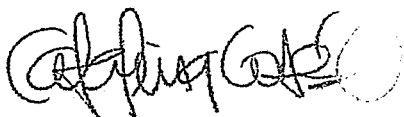
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MESALUD LIMITADA identificado(a) con NIT 808000299, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto         | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA CORRIENTE | 38421184482  | 2005/02/19     | ACTIVA |

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & ERM