

1. DATOS GENERALES

Tipo:	ORDEN DE COMPRA	Número:	OC 031	Vigencia:	2025
Contratista:	HEALTHCORP SAS				
Identificación (CC – Nit):	901.065.278-8				
Representante Legal:	CARLOS ALFREDO ADOLFO GARCÍA NEIRA				
Supervisor / Interventor del Contrato/Convenio	Nombre:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA			
	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30			

2. FECHAS RELEVANTES

Suscripción	11/07/2025
Inicio	21/07/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A
Terminación	20/08/2025

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (indicar cantidad y unidad de tiempo)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Un (mes)	21/07/2025	20/08/2025
Prórroga Uno			
Prórroga Dos			
Prórroga Tres			
Prórroga Cuatro			
Prórroga Cinco			
Prórroga Seis			
Prórroga Siete			
PLAZO TOTAL	Un (mes)		
PLAZO TOTAL EJECUTADO	Un (mes)	21/07/2025	20/08/2025

4. VALOR

VALOR INICIAL	\$ 44.969.470,00
VALOR ADICIONES	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 44.969.470,00

5. PAGOS

El supervisor / interventor certifica:

- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

VALOR PAGOS EFECTUADOS	\$ 44.827.100,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	\$ 0,00
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	\$ 142.370,00

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La supervisión y/o Interventoría deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL	VERIFICACIÓN
se ejecutó satisfactoriamente el contrato para CONTRATAR EL SUMISTRO Y DISTRIBUCION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DIAGNOSTICO DE VIH, SIFILIS Y HEPATITIS B EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO PSPIC, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	La supervisión deja constancia que SE CUMPLIO CABALMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
se ejecutó satisfactoriamente el contrato para CONTRATAR EL SUMISTRO Y DISTRIBUCION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DIAGNOSTICO DE VIH, SIFILIS Y HEPATITIS B EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO PSPIC, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	La supervisión deja constancia que SE CUMPLIO CABALMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO

ANEXO 1: PARA DEJAR LA RESPECTIVA CERTIFICACIÓN DE ESTE CONTRATO SE RECIBIÓ POR PARTE DEL CONTRATISTA LO CORRESPONDIENTE A LAS FACTURA N. HFVE 275

VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	VERIFICACIÓN
Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales y demás normas concordantes	El supervisor / interventor certifica con la suscripción de la presente acta, que verificó el cumplimiento por parte del contratista durante la ejecución del contrato, el pago al Sistema General de Seguridad Social (Pensiones, Salud, Riesgos Laborales y/o Parafiscales); de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

7. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

La supervisión deja constancia que la **SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO**

8. CONCEPTO FINAL DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR

La supervisión deja constancia que la **SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO**

Para constancia se firma en Bogotá, en el

2025

del mes de

12

días

5

El supervisor / interventor,	
Nombre	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
Cargo	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 06

CERTIFICACION No.	1		INFORME PARCIAL:		X		Marque con una (X) según corresponda		
CONTRATO No.	OC 031 2025		FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA		5/09/2025				
1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN									
Contratista:	HEALTHCORP SAS				NIT O C.C		901.065.278-8		
Representante Legal:	CARLOS ALFREDO ADOLFO GARCÍA NEIRA				Identificación Representante Legal		C.C: X C.E:	Cédula de Ciudadanía No. 80.418.923 de Bogotá.	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL SUMISTRO Y DISTRIBUCION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DIAGNOSTICO DE VIH, SIFILIS Y HEPATITIS B EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO PSPIC, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE						FORMA DE PAGO:	Noventa (90) día	
SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL									
			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	\$ 179.877.880,00	Valor Inicial contrato:	\$ 44.969.470,00	Plazo	Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA 21/07/2025	Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA 20/08/2025
Consecutivo CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registros Presupuestales	Consecutivo CRP	Fecha CRP DD/MM/AAAA	Adiciones/Modificación	Valor Adiciones	Prórrogas	Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prorrogas: DD/MM/AAAA
Disponibilidad Inicial	2096	7/07/2025	Registro Inicial	21295	11/07/2025				
Disponibilidades Números de Adiciones	0	0/01/1900	Registros Presupuestales de Adiciones	0	0/01/1900	Adición 1:	\$ 0,00	Prórroga 1:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 2:	\$ 0,00	Prórroga 2:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 3:	\$ 0,00	Prórroga 3:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 4:	\$ 0,00	Prórroga 4:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 5:	\$ 0,00	Prórroga 5:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Modificación 10	\$ 0,00	Prórroga 6:	
						Adición 6:	\$ 0,00	Prórroga 7:	
						Adición 7:	\$ 0,00	Prórroga 8:	
						Adición 8:	\$ 0,00	Prórroga 9:	
						Adición 9:	\$ 0,00	Prórroga 10:	
					Valor Total:	\$ 44.969.470,00	Fecha Terminación actual:		20/08/2025
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	ADQUISICION DE BIENES PIC		Código(S) Rubro(S)	4245010305	Validación Tope Máximo del Contrato	Adicionar			
	Ver Instructivo Fila 19			Ver instructivo fila 20					
2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN									
INFORMACION DE ACTIVIDADES									
No. INFORME CERTIFICACION	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO			CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
1	CONTRATAR EL SUMISTRO Y DISTRIBUCION DE PRUEBAS RAPIDAS PARA DIAGNOSTICO DE VIH, SIFILIS Y HEPATITIS B EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO PSPIC, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			6S3P026, 6S3P022, 6S3P025, 6S3P029, 6S3P030	Oportunidad de entrega	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X NO:	
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: N/A X NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X NO:	

** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFI

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	HFVE 275	3/09/2025	AGOSTO_2025	\$ 44.827.100	\$ 44.827.100	\$ 142.370	99,68%	ESTA FACTURA CORRESPONDE AL CONVENIO PIC 4176-2024
TOTAL				\$ 44.827.100	\$ 44.827.100	\$ 142.370	99,68%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

SE PRESTÓ EL SERVICIO CONFORME LO FACTURADO

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CUARENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL CIEN 00/100	\$ 44.827.100
Saldo por ejecutar	CIENTO CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA 00/100	\$ 142.370
Valor total certificado (Acumulado)	CUARENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL CIEN 00/100	\$ 44.827.100
No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA	
HFVE 275	3/09/2025	
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	\$ 44.827.100	
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:		

ANEXOS: Factura, Certificación o Planilla de pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
C.C. No.	59.822.047
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
AREA DE UBICACIÓN	SEDE AVENIDA IRA DE MAYO
CORREO ELECTRONICO	pic@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	July M Bernal 
AREA DE UBICACIÓN	Ira de Mayo
CORREO ELECTRONICO	apoyoadministrativopic@subredcentrooriente.gov.co



HEALTHCORP SAS
NIT 901.065.278-8
Calle 161 No 54 - 87 Bq 5 Int 103
Tel: (+057) 3123285668
Bogotá - Colombia
administrativo@healthcorp.com.co
www.healthcorp.com.co



Factura electrónica de venta
No. HFVE 275

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3102040836
Dirección	Diagonal 34 # 5 - 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/09/2025, 08:35
Expedición	03/09/2025, 08:35
Vencimiento	13/08/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Prueba de VIH 3° Generacion	3,300.00	4,550.00	0 %	0.00	15,015,000.00
2	Prueba de Sifilis	3,300.00	3,309.00	0 %	0.00	10,919,700.00
3	Prueba de Hepatitis B	3,400.00	4,239.00	0 %	0.00	14,412,600.00
4	Prueba VIH Cuarta Generación	100.00	8,398.00	0 %	0.00	839,800.00
5	Capillary Tubes *100	28.00	71,500.00	0 %	0.00	2,002,000.00
6	Alere Determine Chase Buffer 1 vial * 100 Test	30.00	54,600.00	0 %	0.00	1,638,000.00



Total items: 6

Valor en Letras:

Cuarenta y cuatro millones ochocientos veintisiete mil cien pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-08-13 por \$ 44,827,100.00

Observaciones:

OC 031 2025

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 008770151150 BANCO DAVIVIENDA

Total Bruto	44,827,100.00
Total a Pagar	44,827,100.00

12do Montenegro
39922047
Coordinadora Bpic
5/9/2025

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (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. **Número Autorización Electrónica 18764080015723 aprobado en 20240923 prefijo HFVE desde el número 238 al 1000 Vigencia: 12 Meses**

Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa 11.04

CUFE: 2514dd0d552cf9abd8ffe638e8d13ba69305eb38eb3ce0eb42d216e8372c0dea7d091a15dcca52d98b6e9ffadc06a7f0

Bogotá, Agosto 15 de 2025

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

Cll 22 sur #8A 58

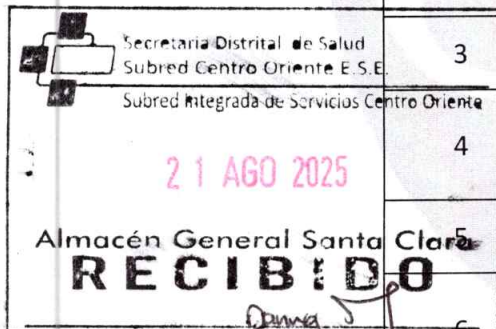
Bogotá

REMISION

REF: Contrato OC - 31-2025

Relaciono los elementos entregados del contrato del asunto.

Item	Elemento	Cantidad	Valor unitario	Valor Total
1	PRUEBA DE VIH 3° GENERACIÓN	3,300	4,550	15,015,000
2	PRUEBA DE SÍFILIS	3,300	3,309	10,919,700
3	PRUEBAS DE HEPATITIS B	3,400	4,239	14,412,600
4	PRUEBA DE VIH 4° GENERACIÓN	100	8,398	839,800
5	CAPILLARY TUBES *100	28	71,500	2,002,000
6	ALERE DETERMINE BUFFER 1 VIAL *100	30	54,600	1,638,000



cordialmente,


CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
Director General
Representante Legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular 3123285668

RECIBE

Nombre: 
Cargo: Enfermera
Fecha: 19/08/2025
Telefono: 3015752358



Nota: Se recibe remisión de
forma informativa ya que
se ingresa en la unidad de
la victoria

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 0509070 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000919363



Calle 161 # 54 - 87 bloque 5 int 103
Cel. 3153653289 - 3107861835
gerencia@healthcorp.com.co

Bogotá, 16 de Septiembre de 2025

CERTIFICADO DE APORTES

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA, en calidad de REPRESENTANTE LEGAL, certifica que de acuerdo con la auditoria efectuada y la verificación al pago efectuado por esta Compañía por concepto de aportes de sus empleados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con el pago de los aportes parafiscales de todos sus empleados a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, certifico que HEALTHCORP SAS ha cumplido con los pagos, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha.

Cordialmente;



CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
80418923
Representante legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular: 315-3653289



WILSON OMAR BERNAL
Contador Publico
TP. No. 4244-T

Republica de Colombia
 Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

42147-T

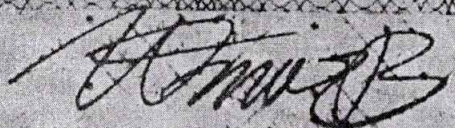
WILSON
BERNAL FERNANDEZ
C.C. 19476551
RESOLUCION INSERCIÓN 017 **FECHA 20/04/95**
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

Presidente 

00050424



02/95-21726


 FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
 CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
 la ley 43 de 1990.
 Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
 al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
 Contadores.

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

80108342313EBF9A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

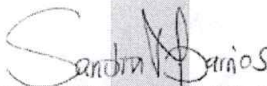
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **WILSON OMAR BERNAL FERNANDEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19470583 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 42447-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 8 días del mes de Septiembre 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141159518312



(415)7707212489984(8020) 000014115951831 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 0 6 5 2 7 8

8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

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

HEALTHCORP SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

1 1

0 0 1

41. Dirección principal

CL 161 54 87 BL 5 AP 103

42. Correo electrónico

gerencia@healthcorp.com.co

43. Código postal 1 1 1 1 5 6

44. Teléfono 1

3 1 5 3 6 5 3 2 8 9

45. Teléfono 2

3 1 0 7 8 6 1 8 3 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

4 6 5 9

2 0 1 7 0 3 1 4

4 6 4 5

2 0 1 7 0 3 1 4

3 1 1 0 8 6 2 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 55- Informante de Beneficiarios Finales

07- Retención en la fuente a título de rent

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

3

1

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 GARCIA NEIRA CARLOS ALFREDO ADOLFO

985. Cargo Representante legal Certificado

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 2 de 4 Hoja 2		
4. Número de formulario			141159518312		
			 (415)7707212489984(8020) 000014115951831 2		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 6 5 2 7 8		8	Impuestos de Bogotá		3 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		2	63. Formas asociativas		1 2
65. Fondos			66. Cooperativas		
68. Sin personería jurídica			69. Otras organizaciones no clasificadas		
			70. Beneficio		1
64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados					
67. Sociedades y organismos extranjeros					
Constitución, Registro y Última Reforma					
Documento		1. Constitución		2. Reforma	
71. Clase		0 4		0 1	
72. Número				8	
73. Fecha		2 0 1 7 0 3 1 3		2 0 1 7 0 7 2 5	
74. Número de notaría					
75. Entidad de registro		0 3		0 3	
76. Fecha de registro		2 0 1 7 0 3 1 4		2 0 1 7 0 7 2 6	
77. No. Matrícula mercantil		0 2 7 9 2 7 5 5		0 2 7 9 2 7 5 5	
78. Departamento		1 1		1 1	
79. Ciudad/Municipio		4		4	
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 %			
Vigencia					
80. Desde		2 0 1 7 0 3 1 3			
81. Hasta		2 1 1 7 0 3 1 3			
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Superintendencia de Sociedades					
5					
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 6 0 1 0 1		-	
2				-	
3				-	
4				-	
5				-	
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					



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 13/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **HEALTHCORP SAS** con **NIT 901.065.278-8** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número 008770151150

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA