

ALCALDÍA DE SIBATÉ

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE		FECHA DE APROBACION		
FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO		DD	MM	AA
INFORMACIÓN GENERAL		30	12	2025

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

NUMERO DE CONTRATO	CC- 028-2025	FECHA DE CONTRATO	28 DE NOVIEMBRE DE 2025
OBJETO	ADQUISICION DE ELEMENTOS DE APOYO DESTINADOS AL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE RIESGOS Y VIGILANCIA EN ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES DEL MUNICIPIO DE SIBATE, CUNDINAMARCA	PLAZO DE EJECUCION	8 DIAS
		FECHA DE INICIO	28 DE NOVIEMBRE DE 2025
		FECHA DE FINALIZACION	11 DE DICIEMBRE DE 2025
		PRORROGAS	N/A
		SUSPENSIONES	N/A

CONTRATISTA		SUPERVISOR	
MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S.		WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO	
C.C. O NIT:	900298567-8	CARGO	SECRETARIA DE SALUD
ACTIVIDAD ECONOMICA CIU	4659	DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
REGIMEN DE VENTAS	RESPONSABLE DE IVA	CORREO	salud@sibate-cundinamarca.gov.co

APOYO A LA SUPERVISION	
LEYDA MUNEVAR MONTOYA	
CARGO	JEFE OFICINA DE SALUD PUBLICA
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
CORREO	saludpublica@sibate-cundinamarca.gov.co

2. INFORMACION PARA TRAMITE DE PAGO

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO		PAC	
PAGO UNICO	X	PAGO 1	10.349.733,00
ACTA PARCIAL	-	PAGO 2	-
ANTICIPO	-	PAGO 3	-
PAGO ANTICIPADO	-	PAGO 4	-
		PAGO 5	-
		PAGO 6	-
		PAGO 7	-
		PAGO 8	-
		PAGO 9	-
		PAGO 10	-
		PAGO 11	-
		PAGO 12	-
		REZAGO	-
PERIODO		TOTAL	
28/11/2025 AL 11/12/2025		10.349.733,00	
VALOR DEL PAGO		10.349.733	
VALOR DEL PAGO EN LETRAS			
DIEZ MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE. (\$10.349.733)			
N° FACTURA		FEM7849	
CUENTA BANCARIA		61952487627	
BANCO		BANCOLOMBIA	
TIPO		CORRIENTE	

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01


FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE				
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO INFORME DE ACTIVIDADES		FECHA DE APROBACIÓN		
DD			MM	AA	
30			12	2025	

I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORIA.

Fecha de Expedición

DD

MM

AA

30

12

2025

Supervisor o Interventor

WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO

SECRETARIA DE SALUD

Telefono o Ext.

7250106

II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION

Apoyo a la supervisión

LEYDA MUNEVAR MONTOYA

JEFE OFICINA DE SALUD PUBLICA

Telefono o Ext.

7250106

II. INFORMACION CONTRACTUAL.

Nombre o Razon social del contratista.

MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S

CC. / Nit

900298567-8

TIPO DE CONTRATO

SUMINISTRO

Fecha

28 DE NOVIEMBRE DE 2025

No.

CC- 028-2025

Fecha de Inicio

28 DE NOVIEMBRE DE 2025

Plazo de ejecucion

8 DIAS

OBJETO CONTRACTUAL

ADQUISICION DE ELEMENTOS DE APOYO DESTINADOS AL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y VIGILANCIA EN ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES DEL MUNICIPIO DE SIBATE, CUNDINAMARCA

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde: DD/MM/AA

28-nov-2025

Hasta: DD/MM/AA

11-dic-2025

IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	PRODUCTOS PRESENTADOS
7 unidades de Puntos ecológicos con capacidad de 30 litros, con estructura metálica, tapa en válvén, por tres colores blanco, negro, verde, material plástico no reciclable 8 unidades de Tapetes Tapete atrapa mugre antideslizante, con estampado -diseño predefinido, medidas 120x100x1 cm 100 und Cofias Cofia de tela antifuído con diseño predefinido. 100 und Delantales Delantal de tela antifuído con diseño predefinido.		

MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S

900298567-8

En mi calidad de supervisor y/o interventor, previa verificación de los productos recibidos, avalo el contenido del presente informe.

WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO

SECRETARIA DE SALUD

LEYDA MUNEVAR MONTOYA

JEFE OFICINA DE SALUD PUBLICA

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	FECHA DE APROBACIÓN		
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	CERTIFICACIÓN	30	12	2025

NUMERO DE CONTRATO	CC- 028-2025	IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO	
OBJETO		PAGO UNICO	X
ADQUISICION DE ELEMENTOS DE APOYO DESTINADOS AL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y VIGILANCIA EN ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES DEL MUNICIPIO DE SIBATE, CUNDINAMARCA		ACTA PARCIAL	-
		ANTICIPO	-
		PAGO ANTICIPADO	-
		N°.	0
		%	0
		%	0

1. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

EL CONTRATISTA

Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de esta acta.

SALUD		PENSION		ARL	
ENTIDAD		ENTIDAD		ENTIDAD	
PERIODO	DICIEMBRE	PERIODO	DICIEMBRE	PERIODO	DICIEMBRE
PLANILLA	0	PLANILLA	0	PLANILLA	0
I.B.C.		I.B.C.	-	I.B.C.	-
APORTE		APORTE		APORTE	

2. DECLARACION JURAMENTA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS

Bajo la gravedad de juramento y como persona natural declaro que en el momento del pago objeto de esta declaración:

Para efectos tributarios, me encuentro clasificado como persona residente en Colombia	SI	NO
Que pertenezco al regimen tributario ordinario	X	
Que mis ingresos corresponden a Rentas de Trabajo no laborales (honorarios, comisiones, servicios)	X	
Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoria tributaria de "empleados" y para el año gravable 2024, no voy a asociar costos y deducciones a mis ingresos por honorarios comisiones o servicios, de acuerdo a lo establecido en el articulo 206 del E.T, modificado por el decreto 2231 de diciembre 22 de 2023. (art 1.2.4.1.6 DUR 1625 de 2016, numeral 6).	X	
Que de acuerdo a lo declarado anteriormente solicito se me aplique la retencion en la fuente prevista en el articulo 383 del E.T	X	

CONTRATISTA	MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S	
C.C. O NIT	900.298.567-8	
E-MAIL	medicolombia@hotmail.com	
TELEFONO	3164802279	
		FIRMA

EL SUPERVISOR

Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.

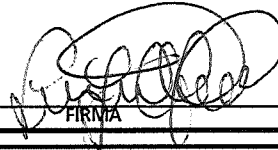
Como supervisor del contrato verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente.

Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago.

Como supervisor autorizo el tramite de pago de la presente acta ante la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certification se expide el: 30/12/2025

SUPERVISOR	WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO	
CARGO	SECRETARIA DE SALUD	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	salud@sibate-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO		FIRMA

APOYO A LA SUPERVISION	LEYDA MUNEVAR MONTOYA	
CARGO	JEFE OFICINA DE SALUD PUBLICA	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	saludpublica@sibate-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO		FIRMA

3. ANEXOS

N.	ANEXO	FOLIOS	N.	ANEXO	FOLIOS
1	RUT (UNICAMENTE PARA EL PRIMER PAGO O POR ACTUALIZACION)	SI	4	CARPETA DE EVIDENCIAS	SI
2	CERTIFICACIÓN BANCARIA	SI	5	SOPORTES PARA DEDUCCIONES DE PAGO (SEGUN APLIQUE)	NO
3	CERTIFICACION POR PARTE DEL REVISOR FISCAL	SI	6		



Nit: 900298567-8 Responsable de IVA
ACTIVIDAD ECONOMICA 4659 RETEICA 4.5/1000 IBAGUE
CALLE 33 N 4 B -11 BRR/ FEDERICO LLERAS IBAGUE TOLIMA Tel. 2774522

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.FEM 7849
Representación grafica Factura electrónica de venta. Fabricante software y proveedor tecnológico: SYSCAFE S.A.S Nit:900083058-7
Software:Syscafe
Habilitación DIAN No.18764085409330 de Dic-16-2024 Vigencia: 12

Cliente	MUNICIPIO DE SIBATE	Fecha	Vencimiento	Plazo	Forma de pago
Identific.	NIT 899999372-4 Tels:6017250106	Dic-10-2025	Ene-10-2026	30	CREDITO CUENTAS X COBRAR CLIENTES
Direccion	CL 10 8 01 BRR SANTA ISABEL PAR	Asesor	Pedido	Horarios de entrega	Pág
Direccion 2	CL 10 8 01 BRR SANTA ISABEL PAR	001	PEL-000000040		1/1
Detalle					

#	Cod.	Detalle	Laboratorio	Pres	Lote	Vence	Iva	Cant	Vr/Unit	Dct	Vr/Total
1	VL0109	PUNTO ECOLOGICO	NACION				19	7.00	355,931.94	0.00	2,491,523.58
2	VL0110	TAPETES 1.20X1.00	NACION				19	8.00	321,168.01	0.00	2,569,344.08
3	VL0111	COFIAS Y DELANTALES	NACION				19	100.00	36,363.87	0.00	3,636,387.00
Total items:3											



NOTA:

Son: DIEZ MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CINCO CENTAVOS mcte.

MEDIOS DE PAGO
BANCOLOMBIA CUENTA CORRIENTE CONVENIO 67084#619-52487627
CUENTA AHORRO#659-54285540

SubTotal	8,697,254.66
Iva	1,652,478.39
Rete/Fte	217,431.37
Bomberil	0.00
(-)Descuento	0.00
Ico	0.00
Total	10,349,733.05

(-)Retenciones 217,431.37
Neto a pagar\$ 10,132,301.68

Medihealthdecolombias.AS @Medi.healthdecolombia

3160275530 - 3164802279 Calle 33 #4b -11 Barrio Federico Lleras medicolombia@hotmail.com

CUFE: 0572d609e0b0341fc8453ee2988980690545e58608a21b4d20293a336f25d0d73504f32e31e2c18ff48ed60b2ae46f0
Fecha generación: 2025-12-10T17:34:00 Fecha expedición: 2025-12-10T17:34:40 Elaboró: KEVIN VARGAS Pág: 1/1

Nombre:
Nit/C.C:
Fecha:
Celular:
Cargo:

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

311221-T

DANIEL EDUARDO
ROA LOPEZ
C.C. 1110568742
RES. INSCRIPCION 245 DEL 27/06/2023
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

360745 365466

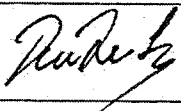
220361/0522

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.568.742

ROA LOPEZ

APELLIDOS

DANIEL EDUARDO

NOMBRES

Daniel Roa Lopez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1996

CHAPARRAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

O+

G.S. RH

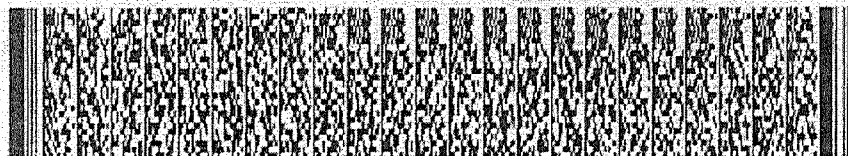
M

SEXO

21-MAR-2014 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-2900100-01081567-M-1110568742-20190708

0066077470A 4

9908250490

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:

A E 7 4 4 8 1 3 9 2 8 0 5 F 8 9

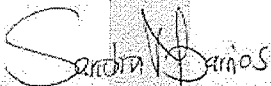
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DANIEL EDUARDO ROA LOPEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1110568742 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 311221-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 19 días del mes de Noviembre 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

PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

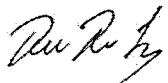
**ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
(PERSONAS JURÍDICAS)**

ERICA MORENO CASTAÑEDA, identificado con CC No 65.759.808 de Ibagué, en mi condición de representante legal de MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S identificada con el NIT 900.298.567-8, bajo la gravedad del juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983*), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del Proceso de Contratación. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia, se firma en Ibagué a los once (11) días del mes de diciembre de 2025.

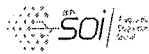


ERICA MORENO CASTAÑEDA
Representante Legal
MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S



DANIEL EDUARDO ROA LOPEZ
Contador Público Titulado
T.P. 311221-T

DANIEL EDUARDO ROA LOPEZ
Tarjeta No. 311221-T
Contador Público



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		800281567		NÚMERO PLANILLA:		7997815631		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS		2025			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IBAGUE		DEPARTAMENTO:		MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		MAY		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MAY		AÑO			
CIUDAD/MUNICIPIO:		CALLE 33 # 4B-11		TELÉFONO:		TOLIMA		DÍAS DE MORA:		2025		DÍAS DE MORA:		2025		AÑO			
DIRECCIÓN:		01-EMPLEADOR		CLASE APORTANTE:		2774522		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/19		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2021634589					
TIPO APORTANTE:		PIONADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		COMPYME MENOS DE 200 COTIZANTES													
TIPO EMPRESA:		SUCURSAL		SUCURSAL / DEPENDENCIA:		Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria													
FORMA DE PRESENTACIÓN:						0210 - MEDIO210													
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						SI													

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE																		
230301	230301-PORVENIR	2		\$ 520.000		\$ 0		\$ 0		\$ 520.000		2		\$ 520.000		\$ 0		\$ 0	
25-14	25-14 COLPENSIONES	6		\$ 1.482.000		\$ 0		\$ 0		\$ 1.482.000		6		\$ 1.482.000		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 2.002.000									

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE																		
EPS037	EPS037- NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
EPS005	EPS005-SANTAS S.A.	4		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		4		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		3		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0									

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE																		
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		8		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0									

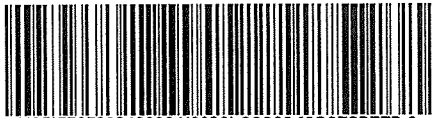
TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE																		
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	8		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		8		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0									

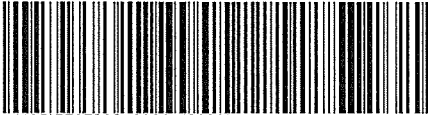
TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE																		
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	8		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		8		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0									

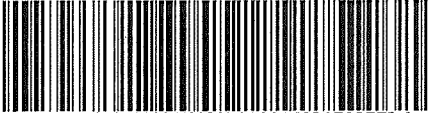
TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA		TOTAL APORTES A PENSIÓN		No. COTIZANTES		COTIZACIÓN		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE																		
CCF50	CCF50-COMFENALCO TOLIMA	8		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		8		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
SUBTOTALES:										\$ 0									

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 6 Hoja 2			
				4. Número de formulario 141207827729			
(415)7707212489984(8020) 000014120782772 9							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 2 9 8 5 6 7		8		Impuestos y Aduanas de Ibagué		9	
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	
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma		Composición del Capital	
71. Clase		0 4		0 4		82. Nacional 1 0 0 %	
72. Número		0 0 0 0 0		1 0		83. Nacional público 0 . 0 %	
73. Fecha		2 0 0 9 0 7 0 1		2 0 1 7 0 2 0 2		84. Nacional privado 1 0 0 . 0 %	
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 3		0 3			
76. Fecha de registro		2 0 0 9 0 7 0 7		2 0 1 7 0 3 0 8			
77. No. Matricula mercantil		0 0 0 0 2 0 0 6 4 8		2 0 0 6 4 8			
78. Departamento		7 3		7 3			
79. Ciudad/Municipio		1 6		1 6		85. Extranjero 0 %	
Vigencia						86. Extranjero público 0 . 0 %	
80. Desde		2 0 0 9 0 7 0 1		2 0 0 9 0 7 0 1		87. Extranjero privado 0 . 0 %	
81. Hasta		2 9 9 9 1 2 3 1		2 0 9 9 1 2 3 1			
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	4 9	2 0 0 9 0 7 0 7		-			
2	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-			
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							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 6 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141207827729			
				 (415)7707212489984(8020) 000014120782772 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 2 9 8 5 6 7		8		Impuestos y Aduanas de Ibagué		9	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 8, 1 2, 0 3			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 6 5 7 5 9 8 0 8		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido MORENO		105. Segundo apellido CASTAÑEDA		106. Primer nombre ERICA		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
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			
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			
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			
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			
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			

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				001			
Espacio reservado para la DIAN				Página 4 de 6 Hoja 5					
				4. Número de formulario 141207827729					
				(415)7707212489984(8020) 000014120782772 9					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico			
9 0 0 2 9 8 5 6 7		8		Impuestos y Aduanas de Ibagué		9			
Revisor Fiscal y Contador									
Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento		125. Número de identificación		126. DV			127. Número de tarjeta profesional	
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre			131. Otros nombres	
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		134. Sociedad o firma designada				
	135. Fecha de nombramiento								
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		9 3 3 8 2 5 5 2		0			6 8 8 1 4 T	
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre			155. Otros nombres	
	OSPINA		CASALLAS		FREDY			AUGUSTO	
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		158. Sociedad o firma designada					
159. Fecha de nombramiento		2 0 1 8 0 1 0 1							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 5 de 6 Hoja 6			
				4. Número de formulario 141207827729			
				(415)7707212489984(8020) 000014120782772 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 2 9 8 5 6 7		8		Impuestos y Aduanas de Ibagué		9	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
Establecimiento de comerci 0 2		Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.		4 6 5 9			
162. Nombre del establecimiento MEDI HEALTH DE COLOMBIA							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
Tolima 7 3		Ibagué 0 0 1					
165. Dirección BRR FEDERICO LLERAS CL 33 4 B 11							
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil					
0 0 2 0 0 6 8 3		2 0 0 9 0 7 0 8					
168. Teléfono		169. Fecha de cierre					
6 0 8 2 7 7 4 3 2 2							
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
Establecimiento de comerci 0 2		Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.		4 6 5 9			
162. Nombre del establecimiento DISTRIBUIDORA MEDI HEALTH DE COLOMBIA							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
Tolima 7 3		Ibagué 0 0 1					
165. Dirección CL 20 7 A 71 LC 1 BRR GRANADA							
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil					
3 4 3 8 9 7		2 0 1 6 0 1 2 7					
168. Teléfono		169. Fecha de cierre					
6 0 8 2 7 7 4 3 2 2		2 0 1 7 0 2 2 0					
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
Establecimiento de comerci 0 2		Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.		4 6 5 9			
162. Nombre del establecimiento: MEDI HEALTH DE COLOMBIA ESPINAL							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
Tolima 7 3		Espinal 2 6 8					
165. Dirección CL 4 6 18 BRR SAN RAFAEL							
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil					
1 0 2 9 4 9		2 0 2 0 0 6 0 4					
168. Teléfono		169. Fecha de cierre					
6 0 8 2 7 7 4 3 2 2		2 0 2 2 0 3 3 0					

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 6 de 6 Hoja 6			
				4. Número de formulario 141207827729			
 (415)7707212489984(8020) 000014120782772 9							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 0 2 9 8 5 6 7		8		Impuestos y Aduanas de Ibagué		9	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2							
161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9							
162. Nombre del establecimiento MEDI HEALTH DE COLOMBIA MERCACENTRO POBLADO							
163. Departamento Tolima 7 3							
164. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1							
165. Dirección CR 16 SUR 96 68 VIA PICALAÑA							
166. Número de matrícula mercantil 3 4 3 8 9 7							
167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 2 0 5 0 6							
168. Teléfono 3 1 5 8 7 8 6 3 1 2							
169. Fecha de cierre 2 0 2 3 0 3 3 1							
160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1							
161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9							
162. Nombre del establecimiento MEDIHEALTH DE COLOMBIA S.A.S. AGENCIA OCCIDENTE							
163. Departamento Valle del Cauca 7 6							
164. Ciudad/Municipio Yumbo 8 9 2							
165. Dirección CL 9 A 13 85 CA 01							
166. Número de matrícula mercantil 1 1 6 5 2 6 4							
167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 2 0 9 1 5							
168. Teléfono 3 1 6 4 8 0 2 2 7 9							
169. Fecha de cierre							
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							

Certificado Bancario

Viernes, 10 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MEDI HEALTH DE COLOMBIA S.A.S. identificado(a) con NIT 900298567, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	61952487627	2009/08/25	CXC PENDIENTES

***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 & BPO.

Bancolombia

VERIFICAR
BANCOLOMBIA S.A. - CUC
2153954

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS GESTION CONTRATO COMPRAVENTA No 028-2025

COFIAS Y DELANTALES





TAPETES



PUNTOS ECOLOGICOS



