DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) 000014120786065 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 5 C 39 51 BRR TEQUENDAMA

42. Correo electrónico contabilidad@saludladera.gov.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 | 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

06- Ingresos y patrimonio.
52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad

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

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VELASQUEZ MUÑOZ DIANA CAROLINA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 3 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | 2 3 |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 2 | |
| 72. Número | 1 0 6 | |
| 73. Fecha | 2 0 0 3 0 1 1 5 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 1 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 3 0 1 1 5 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 7 6 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 0 % |
| 83. Nacional público | 1 0 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 3 | 2 0 1 6 0 1 0 2 | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 18 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali | 5 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 0 4 0 1 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 1 4 3 9 4 2 4 1 2 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VELASQUEZ | MUÑOZ | DIANA | CAROLINA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali | 5 |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

| | 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad | 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres | 119. Razón social | 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NIT 31 | 31305644 | 6 | COLOMBIA 169 | CONGO | LOPEZ | IBETH | | | | | 2024/06/14 | |
| 2 | NIT 31 | 31578697 | 7 | COLOMBIA 169 | PRIETO | MEDINA | MARIA | GERMANIA | | | | 2024/06/14 | |
| 3 | NIT 31 | 945093922 | 0 | COLOMBIA 169 | DURAN | PEÑAFIEL | ALEXANDER | | | | | 2024/01/22 | |
| 4 | NIT 31 | 1144075333 | 3 | COLOMBIA 169 | ECHEVERRY | MARULANDA | LUIS | GUILLERMO | | | | 2024/12/11 | |
| 5 | NIT 31 | 16587647 | 2 | COLOMBIA 169 | ZUÑIGA | CAICEDO | WILSON | | | | | 2024/11/19 | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 1 6 3 3 2 0 9 | 7 | 4 3 8 7 7 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GALVIS | ARAQUE | JOSE | ALBERTO |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 5 8 4 6 | 7 | PKF CABRERA INTERNACIONAL S.A. |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 0 0 9 0 9 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 4 4 1 5 0 8 6 7 | 5 | 2 4 6 2 8 0 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LUGO | ENRIQUEZ | DANIELA | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 5 8 4 6 | 7 | PKF CABRERA INTERNACIONAL S.A. |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 5 0 9 0 8 |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 1 5 7 8 6 9 7 | 7 | 2 7 7 1 7 - T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PRIETO | MEDINA | MARIA | GERMANIA |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 2 1 5 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Sede 0 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: SEDE ADMINISTRATIVA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 5 C 39 51 BRR TEQUENDAMA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS VISTA HERMOSA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 42 OESTE 4 A 60

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS MELENDEZ

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 94 4 C 65

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: HOSPITAL CAÑAVERALEJO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 3 OESTE 12 A 20

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS SAN PASCUAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 13 A 13 A 49

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS SILOE

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 1 50 51

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS BELEN

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 2 A OESTE 38 D 37

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS BRISAS DE MAYO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 54 10 OESTE 73

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA ESTRELLA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 44 6 G OESTE 12

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA SIRENA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: (!) CENTRO POBLADO CONCENTRADO LA SIRENA VIA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA SULTANA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 22 OESTE 47 31

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS PRIMERO DE MAYO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 56 13 G 10

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS TERRON COLORADO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: AV 4 OESTE 18 OESTE 69

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA PAZ

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: AV 8 OESTE 19 OESTE 103

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS BELLAVISTA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 4 13 OESTE 10

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS ALTO POLVORINES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CL 4 OESTE 91 83

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS NAPOLES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 76 B 2 C 16

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 6 0 8 0 1 2 4 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS LOURDES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CR 73 1 B 13

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 3 3 1 9 5 6 5 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS ALTO NAPOLES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CL 2 B OESTE A 82 D 11

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS POLVORINES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 94 A 1 OESTE 1 B OESTE 17

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono 6 0 2 4 0 3 9 6 9 2 | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA BUITRERA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: (!) CORREGIMIENTO LA BUITRERA KM 3

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS CASCAJAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: VDA CASCAJAL I

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA VORAGINE

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR LA VORAGINE

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS VILLA CARMELO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR VILLA CARMELO

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS PANCE

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR PANCE

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS HORMIGUERO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: (!) CORREGIMIENTO HORMIGUERO VEREDA CASCAJAL

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS SALADITO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: (!) CORREGIMIENTO EL SALADITO KL 12

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS FELIDIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR DE FELIDIA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA LEONERA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR LA LEONERA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS PICHINDE

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR PICHINDE

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS PEÑAS BLANCAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: VDA PEÑAS BLANCAS

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 8 9 3 7 7 0 1 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS LOS ANDES

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: CORR LOS ANDES

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 6 0 2 8 9 3 7 7 0 1 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 |

162. Nombre del establecimiento: IPS MONTEBELLO

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 |

165. Dirección: AV 4 OESTE 11 18

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS GOLONDRINAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR GOLONDRINAS

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA CASTILLA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR LA CASTILLA

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA PAZ

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: VDA LA PAZ

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141207860658

(415)7707212489984(8020) **000014120786065 8**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 5 0 0 2 7 2 8 9 | 9 | Impuestos de Cali 5 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS ALTO AGUACATAL

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: VDA ALTO AGUACATAL

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Otro tipo de establecimiento 9 9 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: IPS LA ELVIRA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CORR LA ELVIRA

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Oficina 0 8 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento: SEDE ADMINISTRATIVA NO. 2

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Cali 0 0 1 | |

165. Dirección: CR 43 N 5 A 27 BRR TEQUENDAMA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** | |
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO