MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DESANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MÉDICO DE MEDWELLIN

RECIBO ACTA DE RECIBO SATISFACCIÓN SERVICIOS MEDICOS

Acta No 1**: 1357**

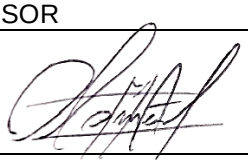
Fecha: 04/08/2025

INFORMACION GENERAL	
NUMERO DE CONTRATO – ORDEN DE COMPRA	No. 346-DMMED-BR15-2025
NOMBRE CONTRATISTA	**NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS**
NIT DEL CONTRATISTA	**NIT. 901.108.114-5**
OBJETO DEL CONTRATO – ORDEN DE COMPRA	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA CONTRATAR LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN PRIMER (TRIAGE I y II) Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS, AMBULATORIA Y HOSPITALARIA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTO, CONSULTA ESPECIALIZADA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS DE APOYO DE LABORATORIO CLÍNICOS, IMÁGENES, DIAGNÓSTICAS, OPTOMETRÍA, OFTALMOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y UROLOGÍA, MÉDICINA INTERNA, DERMATOLOGIA, GINECOLOGIA OBSTETRICIA, CIRUGÍA GENERAL, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ (CHOCÓ), PARA LAS UNIDADES CENTRALIZADAS POR EL DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, REGIONAL SIETE PARA LA VIGENCIA 2025",
FORMA Y CONDICIONES DE PAGO	EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIGSA- DISAN – DMMED, de conformidad a la Ley 2024 del 2022 en PAGOS PARCIALES a sesenta (60) días, al recibido a satisfacción de cada solicitud realizada por el supervisor del contrato de acuerdo a las necesidades de la dirección de Sanidad Ejercito – Dispensario Médico de Medellín, no obstante, los pagos estarán sujetos a la asignación del PAC por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

	MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN, se obliga a pagar el 100% del valor del contrato, de la siguiente forma: A. Acta de recibo a satisfacción por parte del Ministerio de Defensa Nacional- Ejército Nacional – DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN. Este requisito debe ser plasmado en el informe del Supervisor y el Acta de Recibo a Satisfacción Respectivo. B. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional. (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC). C. Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes. D. Verificación por parte del MDN-Ejército Nacional, del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF, y Cajas de Compensación. (En los casos que aplique de acuerdo con el Decreto No. 0862 de fecha 26 de abril de 2013.) Los pagos serán consignados en la cuenta bancaria aportada por la entidad mediante certificación bancaria, **CUENTA CORRIENTE No. 979013943 DEL BANCO DE BOGOTA.** **NOTA 1:** EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDO EL RECIBO A SATISFACCIÓN. **NOTA 2:** EL DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, no se responsabilizará por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuere provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario
NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO – ORDEN DE COMPRA	ST. OTONIEL MEJIA ANGARITA No. 346- DMMED-BR15-2025
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NO. 48825	2025-01-31
REGISTRO PRESUPUESTAL NO. 40325	2025-04-14
VALORES CONTRACTUALES	
VALOR INICIAL	$ 400.000.000,00

VALOR ADICIÓN	N/A
VALOR REDUCCIÓN	N/A
VALOR VIGENCIA FUTURA	N/A
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 400.000.000,00
TIEMPOS DE EJECUCION	
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCIÓN A partir de la suscripción del acta de inicio, que será una vez se reúnan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato; los cuales son la suscripción del contrato por las partes, la aprobación de la garantía, acreditación y verificación de que el contratista se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales y la existencia de las disponibilidades presupuestales hasta el 10 de diciembre de 2025 y/o hasta agotar presupuesto. Para todos los efectos legales derivados de la celebración, ejecución, terminación y liquidación del contrato, se entenderá que el domicilio contractual será el Dispensario Médico de Medellín
INFORMACION AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	
NUMERO DE LOTES	15044 15046
VALOR TOTAL FACTURACION	**$ 5.496.192,00**
VALOR GLOSADO	**$ 51.250,00**
VALOR A PAGAR DE GLOSAS	**$**
VALOR FINAL A PAGO	
VALOR A PAGAR	**$ 5.444.942,00**
AFECTACIÓN DE RECURSO (10/16)	**RECURSO (16 SSF)**
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL CONTRATO	**$ 400.000.000,00**
VALOR PAGADO	**$**
VALOR A PAGAR	**$ 5.444.942,00**
SALDO DEL CONTRATO	**$ 394.555.058,00**
RECIBIDO A SATISTACION DEL BIEN O SERVICIO	
OBLIGACIONES CUMPLIDAS	“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN PRIMER (TRIAGE I y II) Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS,

	AMBULATORIA Y HOSPITALARIA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTO, CONSULTA ESPECIALIZADA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS DE APOYO DE LABORATORIO CLÍNICOS, IMÁGENES, DIAGNÓSTICAS, OPTOMETRÍA, OFTALMOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y UROLOGÍA, MÉDICINA INTERNA, DERMATOLOGIA, GINECOLOGIA OBSTETRICIA, CIRUGÍA GENERAL, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ (CHOCÓ), PARA LAS UNIDADES CENTRALIZADAS POR EL DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, REGIONAL SIETE PARA LA VIGENCIA 2025”

DATOS DEL SUPERVISOR	
ST. OTONIEL MEJIA ANGARITA SUPERVISOR CONTRATO 346- DMMED-BR15-2025	

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA **EJERCITO NACIONAL** **DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO** **DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLIN**	**INFORME DE SUPERVISIÓN 1** N° **1358** **FECHA INFORME : 04/08/2025**

1. INFORMACIÓN CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

No. CONTRATO: 346- DMMED-BR15-2025	**FECHA INICIO CTO: 14 de abril del 2025**	**FECHA APROBACIÓN POLIZA:**
NOMBRE DEL CONTRATISTA : NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS		**NIT o CC: 901.108.114-5**

PLAZO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN A partir de la suscripción del acta de inicio, que será una vez se reúnan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato; los cuales son la suscripción del contrato por las partes, la aprobación de la garantía, acreditación y verificación de que el contratista se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales y la existencia de las disponibilidades presupuestales hasta el 10 de diciembre de 2025 y/o hasta agotar presupuesto. Para todos los efectos legales derivados de la celebración, ejecución, terminación y liquidación del contrato, se entenderá que el domicilio contractual será el Dispensario Médico de Medellín	**LUGAR DE ENTREGA:**	El contratista deberá prestar los servicios del objeto del contrato de conformidad con la necesidad planteada en las instalaciones de este (Carrera 1 No. 31-25 Barrio Kennedy, teléfono: 604 671 1559 – 317 657 9094 – 310 309 8327, correo electrónico: tesoreria@nuevaesehsfa.gov.co – calidad@nuevaesehsfa.gov.co) en la ciudad de Quibdó – Chocó.

OBJETO DEL CONTRATO : "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN PRIMER (TRIAGE I y II) Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS, AMBULATORIA Y HOSPITALARIA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTO, CONSULTA ESPECIALIZADA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS DE APOYO DE LABORATORIO CLÍNICOS, IMÁGENES, DIAGNÓSTICAS, OPTOMETRÍA, OFTALMOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y UROLOGÍA, MÉDICINA INTERNA, DERMATOLOGIA, GINECOLOGIA OBSTETRICIA, CIRUGÍA GENERAL, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ (CHOCÓ), PARA LAS UNIDADES CENTRALIZADAS POR EL DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, REGIONAL SIETE PARA LA VIGENCIA 2025".

FORMA DE PAGO: EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIGSA- DISAN – DMMED, de conformidad a la Ley 2024 del 2022 en
PAGOS PARCIALES a sesenta (60) días, al recibido a satisfacción de cada solicitud realizada por el supervisor del contrato de acuerdo a las necesidades de la dirección de Sanidad Ejercito – Dispensario Médico de Medellín, no obstante, los pagos estarán sujetos a la asignación del PAC por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
MDN- EJÉRCITO NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN, se obliga a pagar el 100% del valor del contrato, de la siguiente forma:

A.Acta de recibo a satisfacción por parte del Ministerio de Defensa Nacional- Ejército Nacional – DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN. Este requisito debe ser plasmado en el informe del Supervisor y el Acta de Recibo a Satisfacción Respectivo.
B.Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional. (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC).

C.Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.

D.Verificación por parte del MDN-Ejército Nacional, del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF, y Cajas de Compensación. (En los casos que aplique de acuerdo con el Decreto No. 0862 de fecha 26 de abril de 2013.)

Los pagos serán consignados en la cuenta bancaria aportada por la entidad mediante certificación bancaria, CUENTA CORRIENTE No. 979013943 DEL BANCO DE BOGOTA.
NOTA 1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDO EL RECIBO A SATISFACCIÓN.

NOTA 2: EL DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, no se responsabilizará por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuere provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario

2. MODIFICATORIOS

TIPO	VALOR	OBJETO DE LA MODIFICACION

3. VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

VALOR INICIAL	**$**	**400.000.000,00**
VALOR ADICIÓN	**$**	**-**
VALOR REDUCCIÓN	**$**	**-**
VALOR VIGENCIA FUTURA	**$**	**-**
VALOR TOTAL	**$**	**400.000.000,00**

4. INFORMACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 48825	**FECHA DEL CDP 2025-01-31**	**$**	**400.000.000,00**
REGISTRO PRESUPUESTAL No. 40325	**FECHA DEL RP 2025-04-14**	**$**	**400.000.000,00**

5. FACTURA PARA TRÁMITE A PAGO

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	VALOR FACTURA	VALOR NOTA DEBITO O CREDITO	VALOR A PAGAR
NA	NA	NA	**NA**	**NA**	**$ -**
TOTAL A CANCELAR			**$ -**	**$ -**	**$ -**

6. ENTRADA ALMACEN

APLICA SI ☐ NO ☑

No. ENTRADA	FECHA ENTRADA	VALOR ENTRADA	No. FACTURA	ALMACENISTA O RESPONSABLE
NA	NA	NA	NA	N/A

7. FACTURACIÓN PROVENIENTE DE AUDITORÍA CUENTAS MÉDICAS

No. FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICADO	VALOR FACTURA	VALOR GLOSA	VALOR APROBADO POR AUDITORIA
15044	28-04-2025	2025 - MAYO	1.113.349,00	$ 51.250,00	**$ 1.062.099,00**
15046	24-04-2025	2025 - MAYO	$ 4.382.843,00		**$ 4.382.843,00**

TOTAL A CANCELAR			**$ 5.496.192,00**	**$ 51.250,00**	**$ 5.444.942,00**
FECHA AUDITORIA					

8. EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA				
CONCEPTO	**V/R CONTRATO**	**VALOR CANCELADO**	**VALOR A TRAMITAR PAGO**	**VALOR PENDIENTE DE PAGO**
VALOR CONTRATO U ORDEN COMPRA	**$ 400.000.000,00**	**$ -**	**$ 5.444.942,00**	**$ 394.555.058,00**
DESCRIBA BREVEMENTE LO QUE TRAMITARA A PAGO				
SE TRAMIITA FACTURACION DE FIRMA AUDITORA AUDITOL PARA PAGO DE ACUERDO A LO ESPECIFICADO				
TOTAL	**$ 400.000.000,00**	**$ -**	**$ 5.444.942,00**	**$ 394.555.058,00**
% DE EJECUCION VALOR CANCELADO	**0%**	**% DE EJECUCION VALOR A TRAMITAR PAGO**		**1%**

8.1. PAGOS EFECTUADOS CONTRATO U ORDEN DE COMPRA				
VALOR CONTRATADO	**No. ORDEN DE PAGO**	**FECHA ORDEN PAGO**	**VALOR PAGADO**	**VALOR PENDIENTE DE PAGO**
$400.000.000,00			**$ -**	**$ 400.000.000,00**

8.2. ESTADO FINANCIERO CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	
VALOR CONTRATO U ORDEN DE COMPRA	**$ 400.000.000,00**
VALOR CANCELADO	**$ -**
VALOR A TRAMITAR A PAGO	**$ 5.444.942,00**
VALOR SALDO CONTRATO	**$ 394.555.058,00**

9. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS					
ITEM	**DESCRIPCION**	**CANTIDAD**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR CON IVA**	**VALOR TOTAL**
NA	NA	NA	NA	NA	NA

10. TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN PRIMER (TRIAGE I y II) Y SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS, AMBULATORIA Y HOSPITALARIA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTO, CONSULTA ESPECIALIZADA, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS DE APOYO DE LABORATORIO CLÍNICOS, IMÁGENES, DIAGNÓSTICAS, OPTOMETRÍA, OFTALMOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y UROLOGÍA, MÉDICINA INTERNA, DERMATOLOGIA, GINECOLOGIA OBSTETRICIA, CIRUGÍA GENERAL, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ (CHOCÓ), PARA LAS UNIDADES CENTRALIZADAS POR EL DISPENSARIO MÉDICO DE MEDELLÍN, REGIONAL SIETE PARA LA VIGENCIA 2025"

11. NOVEDADES Y/O INFORMACION DE IMPORTANCIA

12. ANEXOS AL INFORME

SE ANEXA ACTA DE RECIBO SATISFACCIÓN SERVICIOS MEDICOS N°1 Y SOPORTES CORRESPONDINTES PARA PAGO



ST. OTONIEL MEJIA ANGARITA

NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS CTO - 346						
			LOTE	VALOR	GLOSA	VALOR PRIMER PAGO
			15044	$ 1.113.349,00	$ 51.250,00	$ 1.062.099,00
			15046	$ 4.382.843,00		$ 4.382.843,00
				$ 5.496.192,00	$ 51.250,00	$ 5.444.942,00

Banco de Bogotá
Calle 36 # 7- 47 - Bogotá D.C.
www.bancodebogota.com

Estamos para usted
Pyme: 60 1 364 7400
Empresas: 60 1 607 9006

5 de junio de 2025

¡Buen día!

NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL DEL CHOCO

NIT 901.108.114.5

Asunto: Certificacion bancaria

Nos complace informarle que actualmente es el titular del producto cuenta corriente 979013943, denominada NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL DEL CHOCO - FUNCIONAMIENTO aperturada el 23/08/2017 la cual se encuentra activa y vigente a la fecha.

Cordialmente,

Elkin Figueroa
Ejecutivo Banca Oficial
Efigue1@bancodebogota.com.co
3167428587
Banco de Bogotá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Queremos brindarle el mejor servicio, contamos con la Defensoría del Consumidor Financiero la cual podrá contactar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. al teléfono fijo: 601 332 0101, celular (+57) 318 373 00 77, correo electrónico defensoriaconsumidorfinanciero@bancodebogota.com.co, o en la dirección Calle 36 No. 7 – 47 piso 4 en la ciudad de Bogotá D.C. Consulte el procedimiento para presentar una queja y las funciones que ejerce el Defensor del Consumidor Financiero ingresando a www.bancodebogota.com/defensordelconsumidor

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32297206**

MAZO RIVERA

APELLIDOS

NATALIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1984**

EL CARMEN

(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

12-SEP-2002 ENVIGADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0112100-18110463-F-0032297206-20030508 **05167** 03128B 01 135219803

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155854857

(415)7707212489984(8020) 000014115585485 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 1 0 8 1 1 4	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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
NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CR 1 31 25 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico tesoreria@nuevaesehsfa.gov.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 1 0	2 0 1 7 0 9 0 1	8 6 2 1	2 0 1 7 0 9 0 1		8 6 9 1	8 6 9 2

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	9	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5													

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

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 AMUD MARTINEZ JUAN BAUTISTA

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: 141155854857

(415)7707212489984(8020) **000014115585485 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 1 0 8 1 1 4	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó	1 8	

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 7	
72. Número	3 2	
73. Fecha	2 0 1 6 1 2 1 6	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 4	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 1 2 1 6	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	2 7	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 7 0 8 2 3	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 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 7 0 9 0 1		-
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 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141155854857

(415)7707212489984(8020) **000014115585485 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 1 0 8 1 1 4	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 2 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 8 2 2 2 9 3 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AMUD	MARTINEZ	JUAN	BAUTISTA

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

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
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141155854857

(415)7707212489984(8020) **000014115585485 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 1 0 8 1 1 4	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó	1 8	

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	1 0 8 5 2 9 5 6 8 4	3	2 0 0 4 3 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ENRRIQUEZ	VILLANUEVA	DANIEL	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 1 1 1 6

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	1 1 8 1 0 7 6 1	2	1 1 5 8 0 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PEÑA	RENTERIA	CRISTHIAN	ABEN

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 2 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 5 de 5 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141155854857

(415)7707212489984(8020) **000014115585485 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 1 0 8 1 1 4	5	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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
NUEVA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SEDE 2 DE MAYO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Chocó 2 7	Bojaya 0 9 9	

165. Dirección
CL PRINCIPAL

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	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO