Soacha

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS BIENES Y SERVICIOS ACORDE ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACION		
	PROCESO: Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_05
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	01/11/2023

INFORMACION DEL CONTRATO

CONTRATO No.	015 DE 2026	**CDP**	1071 DE 10 DE FEBRERO DE 2026	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:**	$84.000.000
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ESTURIVANNS S.A.S				**IDENTIFICACIÓN (Cédula o Nit): 830.038.996-6**	
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	El contratista ha manifestado que no se encuentra en inhabilidad o incompatibilidad sobreviniente para contratar con el estado				

OBJETO:	**FECHA DE INICIO CONTRATO**			**FECHA TERMINACION DEL CONTRATO**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE PARA EL DESPLAZAMIENTO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBATÉ, EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, CONFORME A LAS DIRECTRICES DE OPERACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 1010 DE 2025 POR LA CUAL SE EFECTÚA UNA ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.	23	02	2026	23	03	2026

SUBGERENCIA	COMUNITARIA	**Centro de Costo (área)**	**K-34L**
VALOR ADICIONES	$ 0	**N° CDP -FECHA**	N/A
PRORROGAS	N/A	FECHA	N/A
MODIFICACIONES:	N/A	FECHA	N/A

INFORMACION SUPERVISORES

NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO	YBON YAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ	**NOMBRE DEL SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DEL CONTRATO**	YBON YAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ
CARGO y/o No. Contrato	SUBGERENTE COMUNITARIA	**CARGO**	SUBGERENTE COMUNITARIA

CERTIFICACION O CONCEPTO DE LOS SUPERVISORES: Los suscritos supervisores del contrato de bienes o servicios, certifican que el contratista en mención cumplió a satisfacción con las obligaciones contratadas y estipuladas en el objeto del contrato durante el periodo correspondiente. Lo anterior para efectos de pago.

EJECUCION DEL CONTRATO

VALOR A CERTIFICAR EN EL PERIODO	$8.400.000	**VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO O RESERVA DE GLOSA:**	$0
PERIODO A CERTIFICAR	DESDE (23 / 02 / 2026)	**FACTURA O CUENTA DE COBRO No.**	FVES 13687
	HASTA (23/ 03 / 2026)	**FECHA DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO**	(09 /03 / 2026)

SEGUIMIENTO DE EJECUCION

EJECUCION ECONOMICA ACUMULADA:	$8.400.000 10,0%	**SALDO POR EJECUTAR**	$75.600.000 90,00%
EJECUCION EN TIEMPO	Total, días ejecutados: 6 20%	**TOTAL, DÍAS POR EJECUTAR**	Total, días por ejecutar: 24 80,00%

ANEXO: CUENTA DE COBRO O FACTURA, COMPROBANTE DE PAGO DE APORTES PATRONALES O CERTIFICACION DE REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL, CORRESPONDEINTE AL MES DE FEBRERO

EVALUACIÓN A LAS ACTIVIDADES SUSCRITAS: (Detallar o relacionar las actividades o suministros realizadas por el contratista durante el mes que se certifica):

1. Realizar los desplazamientos de acuerdo al cronograma de actividades programadas que son directamente coordinadas por la Subgerencia Comunitaria, este cronograma incluye sábados y domingos.	1. Realizar los desplazamientos de acuerdo al cronograma de actividades programadas que son directamente coordinadas por la Subgerencia Comunitaria, este cronograma incluye sábados y domingos.
2.Realizar el desarrollo de las actividades asistenciales para el desplazamiento del talento humano, administrativo y logístico a zonas rurales y urbanas del Municipio de Soacha, en el marco de las de la resolución 1010 de 2025 por la cual se efectúa una asignación de recursos del presupuesto de gastos de funcionamiento, para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud a través de la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud.	2.Realizar el desarrollo de las actividades asistenciales para el desplazamiento del talento humano, administrativo y logístico a zonas rurales y urbanas del Municipio de Soacha, en el marco de las de la resolución 1010 de 2025 por la cual se efectúa una asignación de recursos del presupuesto de gastos de funcionamiento, para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud a través de la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud.
3.Atender, responder y cumplir el llamado y/o las indicaciones brindadas por el supervisor del contrato y/o coordinador de rutas de la Subgerencia Comunitaria.	3.Atender, responder y cumplir el llamado y/o las indicaciones brindadas por el supervisor del contrato y/o coordinador de rutas de la Subgerencia Comunitaria.
4.El contratista debe proporcionar los conductores para el vehículo, los cuales deben tener licencia de conducción vigente, sin multas pendientes por pagar y estar disponible en el horario que se les requiera.	4.El contratista debe proporcionar los conductores para el vehículo, los cuales deben tener licencia de conducción vigente, sin multas pendientes por pagar y estar disponible en el horario que se les requiera.
5.El servicio debe prestarse con personal idóneo debidamente capacitado y que cuente con los requisitos legales para prestar esta labor.	5.El servicio debe prestarse con personal idóneo debidamente capacitado y que cuente con los requisitos legales para prestar esta labor.
6.En caso de reemplazo del conductor, éste debe ser reportado al supervisor del contrato de forma escrita y cumplir las exigencias anteriormente anotadas.	6.En caso de reemplazo del conductor, éste debe ser reportado al supervisor del contrato de forma escrita y cumplir las exigencias anteriormente anotadas.
7.Asumir el pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones de carácter laboral del personal que contrate para la ejecución del	7.Asumir el pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones de carácter laboral del personal que contrate para la ejecución del

Contrato, lo mismo que el pago de honorarios, los impuestos, gravámenes, aportes y servicios de cualquier género que establezcan las leyes colombianas y demás erogaciones necesarias para la ejecución del presente contrato. Es entendido que todos estos gastos han sido estimados por el proveedor al momento de la presentación de las cotización, conforme a la necesidad de la entidad.	Contrato, lo mismo que el pago de honorarios, los impuestos, gravámenes, aportes y servicios de cualquier género que establezcan las leyes colombianas y demás erogaciones necesarias para la ejecución del presente contrato. Es entendido que todos estos gastos han sido estimados por el proveedor al momento de la presentación de las cotización, conforme a la necesidad de la entidad.
8.El contratista asume gastos de: combustible, peajes, mantenimiento y los demás gastos que se generen en el desarrollo del contrato.	8.El contratista asume gastos de: combustible, peajes, mantenimiento y los demás gastos que se generen en el desarrollo del contrato.
9.Los daños causados al vehículo, ocasionados durante la prestación de los servicios generados por los funcionarios o terceros los asume el contratista.	9.Los daños causados al vehículo, ocasionados durante la prestación de los servicios generados por los funcionarios o terceros los asume el contratista.
10.Realizar a su cuenta el mantenimiento preventivo y/o correctivo del vehículo que presta el servicio y se obliga a mantenerlo en excelentes condiciones.	10.Realizar a su cuenta el mantenimiento preventivo y/o correctivo del vehículo que presta el servicio y se obliga a mantenerlo en excelentes condiciones.
11.Mantener vigentes y actualizados los documentos del vehículo por el término de duración del contrato.	11.Mantener vigentes y actualizados los documentos del vehículo por el término de duración del contrato.
12.Tener disponible en todo momento la cantidad de vehículos requeridos, es decir, en caso de inmovilizaciones por mantenimientos, accidentes, reparaciones o detenciones, deberá suministrar en calidad de reemplazo otro vehículo de las mismas características al inicialmente solicitado u otro vehículo de mejores características durante todo el tiempo que dure la inmovilización que se presente para garantizar la permanencia del servicio. El vehículo de reemplazo deberá entregarse máximo dentro de las cinco (5) horas siguientes al reporte de la inmovilización del vehículo. Esto será aplicable a días ordinarios, domingos y festivos. En todo caso, el vehículo de reemplazo no representará ningún sobrecosto para la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.	12.Tener disponible en todo momento la cantidad de vehículos requeridos, es decir, en caso de inmovilizaciones por mantenimientos, accidentes, reparaciones o detenciones, deberá suministrar en calidad de reemplazo otro vehículo de las mismas características al inicialmente solicitado u otro vehículo de mejores características durante todo el tiempo que dure la inmovilización que se presente para garantizar la permanencia del servicio. El vehículo de reemplazo deberá entregarse máximo dentro de las cinco (5) horas siguientes al reporte de la inmovilización del vehículo. Esto será aplicable a días ordinarios, domingos y festivos. En todo caso, el vehículo de reemplazo no representará ningún sobrecosto para la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.
13.Avisar de inmediato al supervisor del contrato cuando el vehículo no pueda prestar el servicio.	13.Avisar de inmediato al supervisor del contrato cuando el vehículo no pueda prestar el servicio.
14.Responder por las multas, partes, sanciones y demás penas pecuniarias que apliquen las entidades de tránsito.	14.Responder por las multas, partes, sanciones y demás penas pecuniarias que apliquen las entidades de tránsito.
15.En todo momento el transportador responderá por el bienestar de los usuarios del servicio de transporte.	15.En todo momento el transportador responderá por el bienestar de los usuarios del servicio de transporte.
16.Por ser responsabilidad del contratista la correcta ejecución del servicio público de transporte, en caso de afectación mecánica de alguno de sus vehículos deberá, de manera inmediata colocar	16.Por ser responsabilidad del contratista la correcta ejecución del servicio público de transporte, en caso de afectación mecánica de alguno de sus vehículos deberá, de manera inmediata colocar

a última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

a disposición vehículo de reemplazo de tal suerte que en ningún caso se vea interrumpido el servicio, ni se cause afectación a los usuarios.	a disposición vehículo de reemplazo de tal suerte que en ningún caso se vea interrumpido el servicio, ni se cause afectación a los usuarios.
17.En cualquier momento la Empresa de Salud podrá solicitar el retiro de automotores que no cumplan con las condiciones de seguridad o técnico mecánicas exigidas.	17.En cualquier momento la Empresa de Salud podrá solicitar el retiro de automotores que no cumplan con las condiciones de seguridad o técnico mecánicas exigidas.
18.Realizar y presentar los soportes de las revisiones técnico-mecánicas de acuerdo con la Ley 769 de 2002 o aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.	18.Realizar y presentar los soportes de las revisiones técnico-mecánicas de acuerdo con la Ley 769 de 2002 o aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
19.Si en algún momento ocurre el vencimiento de los seguros SOAT y pólizas, de responsabilidad civil contractual o extracontractual será responsabilidad de la empresa su renovación inmediata y responderá por cualquier omisión en este sentido.	19.Si en algún momento ocurre el vencimiento de los seguros SOAT y pólizas, de responsabilidad civil contractual o extracontractual será responsabilidad de la empresa su renovación inmediata y responderá por cualquier omisión en este sentido.
20.Mantener los vehículos en perfectas condiciones mecánicas, de latonería y pintura, aseo y presentación.	20.Mantener los vehículos en perfectas condiciones mecánicas, de latonería y pintura, aseo y presentación.
21.Mantener la debida confidencialidad de la información que pueda llegar a conocer durante la ejecución del contrato.	21.Mantener la debida confidencialidad de la información que pueda llegar a conocer durante la ejecución del contrato.
22.En todo momento el transportador responderá por el bienestar de los usuarios del servicio de transporte.	22.En todo momento el transportador responderá por el bienestar de los usuarios del servicio de transporte.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA EN CONCORDANCIA CON EL ESTATUTO Y MANUAL DE CONTRATACION ACUERDO 37-2022 Y RESOLUCION 295 DE 28 DE DICIEMBRE DE 2022 FRENTE AL EJERCICIO DE LA SUPERVISION

Se plasman en el Estatuto y Manual de Contratación de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha, obligaciones referentes al ejercicio que asiste a los supervisores de contratos, por lo tanto, en cada ítem que aquí se señala, el Supervisor y/o Interventor deberá indicar el cumplimiento detallado frente a cada exigencia.

DEBERES SUPERVISOR	CUMPLIMIENTO FRENTE A LA SUPERVISION
Informo sobre hechos o circunstancias que constituyeran actos de corrupción o que pusieran en riesgo el cumplimiento del contrato o cuando tal incumplimiento se presento	El contratista no presento hechos y/o circunstancias que pudieran afectar el cumplimiento legal del contrato.
Informe sobre el avance y cumplimiento de las obligaciones contractuales, bajo criterios de oportunidad, utilización de los recursos, calidad de los bienes o servicios contratados	El contratista presento avances en la adquisición de los materiales expuestos en el acto contractual.

Verificar que en toda factura se consigne valor unitario, IVA, valor total, descripción del producto y, la marca, modelo y serial cuando el bien lo contenga.	En la facturación se relaciona la siguiente información: **Total, Bruto:** 8.400.000 **IVA 19%:** 0,00 **Rete fuente 2.5%:0,00** **ReteIVA 15%:** 0,00 **RTE ICA SOPO 10 XMIL:** 0,00
Se presentaron durante el mes de ejecución del contrato anormalidades que pudieren afectar a la Empresa. En caso afirmativo cuales fueron sus gestiones frente al contratista y frente a la alta dirección	En el proceso de ejecución del contrato no se presentaron anormalidades.
Cumplió durante todo el mes a certificar, su ejercicio como supervisor, esto teniendo en cuenta situaciones que hubieren imposibilitado la vigilancia del contrato.	El contratista brindo cumplimiento en el periodo de ejecución del contrato, sin presentarse situaciones que alteraran la naturalidad del mismo.
Solicitó oportunamente suscripción de adición, prórroga o modificaciones al contrato durante el mes a certificar, en caso de que se hubiere presentado la necesidad.	Para efectos del desarrollo del presente contrato no fue necesario la presentación de prorrogas y/o adiciones para su cumplimiento.
Exigió y verifico como requisito para generar certificación de pago, los soportes que acreditan el cumplimiento de los aportes parafiscales y al Sistema de Seguridad Social en Salud por parte del contratista.	El contratista suministro la información necesaria para la presentación de la factura de pago.
Genero soportes de seguimiento durante el mes de ejecución que certifica y estos se encuentran debidamente ordenados dentro de su carpeta de seguimiento como supervisor	Los soportes e información suministrada por el contratistas cuentan con la veracidad y oportunidad requerida, para el desarrollo del contrato.
Durante el mes que se ejecutó, levanto actas de seguimiento a la ejecución del contrato.	Se hicieron los respectivos seguimientos al cumplimiento efectivo del contrato.
Hacer seguimiento en las áreas de Tesorería y Contabilidad verificando que todos los documentos y soportes se encuentren en regla para el respectivo pago.	Se hicieron los respectivos seguimientos a que dio lugar en las diferentes áreas para efectos de la veracidad de los documentos suministrados por el contratista.
Presenta informe final del contrato con el presente o el contrato todavía se encuentra en ejecución.	Se presenta el informe final de ejecución del contratista en el cual se certifica el cumplimiento al 100% de las actividades contractuales establecidas.
NOVEDADES U OBSERVACIONES A REPORTAR POR PARTE DEL SUPERVISOR FRENTE AL MES QUE SE CERTIFICA	N/A

Se expide a los: 12 días del mes de marzo de 2026.

SI	NO

Cuenta con soportes y/o evidencias de acuerdo a los deberes del supervisor	X	
Medio de entrega de evidencias (Digital, CD, Impreso):	Digital	

FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR
N/A

FIRMA SUPERVISOR
YBON YAZBLEIDY FLORIDO ÁLVAREZ
C.C. No. 52.902.877

REGIÓN DE SALUD SOACHA	SEGUIMIENTO A CONTRATOS	CÓDIGO	CTC_FTO_02
	Proceso: Gerencia del talento humano	VERSIÓN	(0)
		VIGENCIA	15/07/2022

1. CONTRATO No.	015-2026	2. FECHA	23/02/2026	3. PLAZO INICIAL DE EJECUCION	30
4. CONTRATISTA Y No IDENTIFICACION	VIAJES Y RUTAS DE COLOMBIA S.A.S. NIT 900.912.423-0				
5. OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE PARA EL DESPLAZAMIENTO DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA, EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, CONFORME A LAS DIRECTRICES DE OPERACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 1010 DE 2025 POR LA CUAL SE EFECTÚA UNA ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL				
6. NOMBRE DEL SUPERVISOR	YBON YAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ				
7. CARGO DEL SUPERVISOR	SUBGERENTE COMUNITARIA				

8. CONTRATO FIRMADO	SI	9. POLIZA	SI	10. APROBACION POLIZA	SI	11. PARAFISCALES	SI	12. FORMATO DE ACTIVIDADES	SI

12. PLAZO INICIAL DE EJECUCION DEL CONTRATO		
	13. FECHA ACTA DE INICIO	23/02/2026
	14. DESDE	23/02/2026
	15. HASTA	24/03/2026
	16. TIEMPO INICIAL DE EJECUCION EN DIAS	30
	17. TIEMPO RESTANTE DE EJECUCION EN DIAS	24

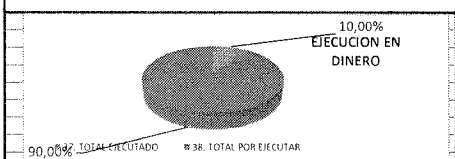
18. SUSPENSIÓN No. 01	19. PERIODO DE SUSPENSIÓN		20. SUSPENSIÓN EN DIAS	
18. SUSPENSIÓN No. 02	19. PERIODO DE SUSPENSIÓN		20. SUSPENSIÓN EN DIAS	
21. PRORROGA No. 01	22. FECHA DE LA PRORROGA		23. PRORROGA EN DIAS	
21. PRORROGA No. 02	22. FECHA DE LA PRORROGA		23. PRORROGA EN DIAS	
21. PRORROGA No. 03	22. FECHA DE LA PRORROGA		23. PRORROGA EN DIAS	
21. PRORROGA No. 04	22. FECHA DE LA PRORROGA		23. PRORROGA EN DIAS	

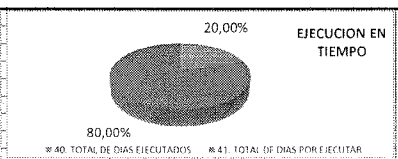
PRORROGAS		
	24. TOTAL PRORROGAS EN DIAS	SIN PRORROGA
	25. FECHA LIMITE DEL CONTRATO INCLUIDAS LAS PRORROGAS	SIN PRORROGA
	26. TIEMPO RESTANTE DE EJECUCION DE PRORROGAS EN DIAS	SIN PRORROGA

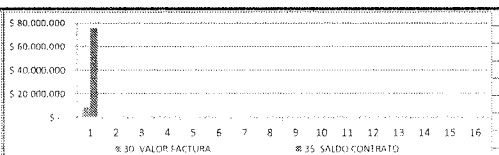
27. VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 84.000.000,00
28. VALOR TOTAL ADICIONES	SIN ADICIONES
29. VALOR TOTALFINAL DEL CONTRATO	$ 84.000.000,00

30. VALOR FACTURA	31. FACTURA No.	32. PERIODO FACTURADO	33. FECHA DE RADICACION FACTURA O DE SUSCRIPCIÓN DE LA ADICIÓN	34. VALOR ADICION	35. SALDO CONTRATO
$ 8.400.000	01 - 015	23 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DE 2026	12/03/2026		$ 75.600.000
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -

36. VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 84.000.000	100,00%
37. TOTAL EJECUTADO	$ 8.400.000	10,00%
38. TOTAL POR EJECUTAR	$ 75.600.000	90,00%
39. VALOR TOTAL EN DIAS DEL CONTRATO	30	100,00%
40. TOTAL DE DIAS EJECUTADOS	6	20,00%
41. TOTAL DE DIAS POR EJECUTAR	24	80,00%







42. CENTROS DE COSTOS AFECTADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL ULTIMO RADICADO

43. NOMBRE DEL CENTRO DE COSTO	44. CODIGO DEL CENTRO DE COSTO	45. CUENTA	46. Valor Hora (H) O Producto (P)	47. No de H o P	48. Valor total Hora (H) O Producto (P)	49. PORCENTAJES
EQUIPOS BASICOS DE SALUD	K34L	7387	$ 8.400.000,00	1	$ 8.400.000	100,00%
TOTAL				1	$ 8.400.000	100,00%

YBON YAZBLEIDY FLORIDO ALVAREZ
SUBGERENTE COMUNITARIA
50. Firma Supervisor

12/03/2026
51. Fecha

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141192050953

(415)7707212489984(8020) 000014119205095 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 3 0 0 3 8 9 9 6	6	Impuestos de Bogotá	3 2	

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
ESTURIVANNS SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 7 N 37 25 OF 402 ED LUTAIMA

42. Correo electrónico gerencia@esturivanns.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 5 5 0 9 7 8 0	6 0 1 3 9 0 4 0 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 9 2 1	1 9 9 7 1 2 0 5	6 8 1 0	1 9 9 7 1 2 0 5	7 7 1 0				1

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	5	7	8	9	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2												

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a titulo 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
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

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 SALAS CASTRO MARIA DEL CARMEN

985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141192050953

(415)7707212489984(8020) 000014119205095 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 3 8 9 9 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	4 7 6 2	2 7
73. Fecha	1 9 9 7 1 2 0 5	2 0 1 4 0 3 1 7
74. Número de notaría	1 2	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 7 1 2 0 9	2 0 1 4 0 4 0 3
77. No. Matrícula mercantil	8 3 8 0 8 1	8 3 8 0 8 1
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 7 1 2 0 5	2 0 1 4 0 3 1 7
81. Hasta	3 0 0 0 1 2 0 5	3 0 0 0 1 2 0 5

Composición del Capital

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

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	2 1	2 0 1 4 0 3 1 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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141192050953

(415)7707212489984(8020) **000014119205095 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 3 8 9 9 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	5 1 6 4 7 6 2 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SALAS	CASTRO	MARIA	DEL CARMEN

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 4 0 8 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 3 2 4 7 6 2 3 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AGUILAR	SALAS	NATALIA	

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 SIN COSTO
DOCUMENTO

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 141192050953

(415)7707212489984(8020) **000014119205095 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 3 8 9 9 6	6	Impuestos de Bogotá	3 2

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 1 6 4 7 6 2 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SALAS	CASTRO	MARIA	DEL CARMEN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 3 1 7	

2

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

3

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

4

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

5

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 5 de 6 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141192050953

(415)7707212489984(8020) **000014119205095 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 0 3 8 9 9 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 1 3 5 0 0 8 9		1 4 6 7 1 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VELANDIA	DIAZ	JIMY	ALEXANDER

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 9 0 2 0 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 0 7 5 6 5 8 6 7 0		2 0 9 6 9 4 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
BONZA	SUAREZ	LAURA	MARCELA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 9 0 1 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 6 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141192050953

(415)7707212489984(8020) 000014119205095 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 3 8 9 9 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Transporte de pasajeros 4 9 2 1

162. Nombre del establecimiento: ESTURIVANNS S.A.S.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 7 N 37 25 OF 402 ED LUTAIMA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 8 7 7 2 3 3	2 0 1 7 1 0 0 5
168. Teléfono: 6 0 1 3 9 0 4 0 6 5	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

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

Yo **JIMY ALEXANDER VELANDIA DIAZ** identificado con cédula de ciudadanía N°11.350.089 de Guasca, y con Tarjeta Profesional N° 146718-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de **Revisor Fiscal** de **ESTURIVANNS S.A.S.**, identificada con NIT. No. 830.038.996-6, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá, **CERTIFICO** que La Sociedad **ESTURIVANNS S.AS.**, ha dado cumplimiento con las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con las disposiciones legales vigentes y que durante los últimos (6) meses calendario ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social exigidos por la Ley encontrándose al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes, cuyo último pago fue realizado con las planillas integrales de aportes No. 46982383, 55696462, 55702121 y 55702569 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789de 2002 y articulo 23 de la ley 1150 de 2007.

De igual forma certifico que la empresa se encuentra exenta del pago de aportes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Dada en Bogotá D.C., a los 04 días del mes de marzo del 2026.

JIMY ALEXANDER VELANDIA DIAZ
C.C. N° 11.350.089 de Guasca.
TP. 146718-7
REVISOR FISCAL

DAVIVIENDA

CERTIFICACION

ABEJORRAL, ANTIOQUIA, 09/03/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **ESTURIVANNS SAS** con NIT **830.038.996-6** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 473069994092

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	INTEGRA	37	37-40-101030461	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
20	02	2026	18	02	2026	00:00	18	03	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	ESTURIVANNS SAS	NIT: 830.038.996-6

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CARRERA 7 NO 37-25 OF 402	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3105509780

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	NIT: 800.006.850-3

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 13 NRO. 9 - 85	SOACHA, CUNDINAMARCA	7309230

BENEFICIARIO: 800006850 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO NO. 015-2026 SUSCRITO ENTRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA Y ESTURIVANNS S.A.S CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIO DE TRANSPORTE PARA EL DESPLAZAMIENTO DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA, EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, CONFORME A LAS DIRECTRICES DE OPERACION DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025 POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD.

TERCEROS AFECTADOS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******54,266.00	$ *******3,000.00	$ ******10,880.00	$ **********68.146.00	$ *******12,600,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
OCHOA ASEGURADORES LTDA	153881	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 96 NO. 45A 31 - TELEFONO: 7421444 - BOGOTA, D.C.

37-40-101030461

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	INTEGRA	37	37-40-101030461	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
20	02	2026	18	02	2026	00:00	18	03	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ESTURIVANNS SAS	NIT: 830.038.996-6

DIRECCION:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CARRERA 7 NO 37-25 OF 402	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3105509780

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	NIT: 800.006.850-3

DIRECCION:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 13 NRO. 9 - 85	SOACHA, CUNDINAMARCA	7309230

BENEFICIARIO: 800006850 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00
GASTOS MEDICOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	18/02/2026	18/03/2027	$12,600,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 96 NO. 45A 31 - TELEFONO: 7421444 - BOGOTA, D.C.

37-40-101030461

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	INTEGRA	37	37-40-101030461	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
20	02	2026	18	02	2026	00:00	18	03	2027	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
ESTURIVANNS SAS	NIT: 830.038.996-6	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3105509780

DIRECCIÓN: CARRERA 7 NO 37-25 OF 402

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	NIT: 800.006.850-3	CL 13 NRO. 9 - 85	SOACHA, CUNDINAMARCA	7309230

BENEFICIARIO:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · PSE · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER · éxito · MOVIIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO (No aplica para transferencias)

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******54,266.00	$ *******3,000.00	$ ******10,880.00	$ **********68,146.00	$ *******12,600,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
OCHOA ASEGURADORES LTDA	153881	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 96 NO. 45A 31 - TELEFONO: 7421444 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100760877098O(3900)000000068146(96)20260320

REFERENCIA PAGO: 1100760877098-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

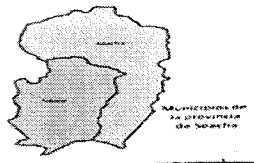
PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S.
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280

PLACA WPS 211

SECRETARÍA DE SALUD
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CONDUCTOR			Luis Navarrete.		TELEFONO	
FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
26.2026	8-00	4.00 PM	Hospital. Soacha.	Hospital soacha.	Yoanna Rodriguez	
27.2026	8.00 AM		Hospital. Soacha.	Vivienda Caseria	Yoanna Rodriguez	
28.2026	9.00 AM	2.00 PM	Hospital Soacha.	Pablo Correa.	Pablo Correa	

Powered by CamS



PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S.
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

PLACA FVM 409.

CONDUCTOR LUIS ALBERTO MOYANO GALVIS **TELEFONO** 3143753848

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
26-02-2026	08:00 AM	16:00 H	HOSPITAL SOACHA	SIN SERVICIO	DISPONIBLE	
27-02-2026	08:00 AM	16:00 H	HOSPITAL SOACHA	SIN SERVICIO	DISPONIBLE	
28-2-2026				SIN SERVICIO	ND	

Powered by CamScanner

PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S.
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3132167280

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

PLACA	GUV320

CONDUCTOR	Henry Clavijo Baracaldo	TELEFONO	3204854108

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
260226	8:00	16:00	Hospital Yangas	Disponible		
270226	8:00	16:00	Hospital Yangas	Disponible		
280226	8:00	16:00	Disponible	Disponible		

Powered by CamScanner

PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIANNS S.A.S.
NIT: 831.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RED DE SALUD SOACHA

PLACA	602554		
CONDUCTOR	John Falker Torres Coy	TELEFONO	3188920675

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
26-2-26	6:30	6:30	Hospital Yanguas S.	Hospital Yanguas S.	Oscar Vergel	
26-2-26	16:00	16:00	Hospital Yanguas S.	Hospital Yanguas S.	Oscar	
27-2-26	7:40	7:40	Hospital Yanguas	Hospital Yanguas S.	Paola	
27-2-26	11:30	12:30	Hospital Yanguas	comisaria de familia sibate	Paola	
27-2-26	12:45	13:30	comisaria de familia sibate	Hospital Yanguas S.	Paola	
27-2-26	16:01	16:01	Hospital Yanguas	Hospital Yanguas	Oscar	
02						

Powered by CamScanner

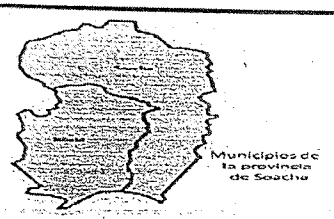
PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S.
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

PLACA	KSP569		
CONDUCTOR	Daniel Alexander clavijo sarmiento	TELEFONO	3023196553

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
26/02/26	8:00	4:00	Hospital Yanguas	Hospital Yanguas	Disponible	
27/02/26	8:00	12:25	Hospital Yanguas	bienestar familiar mercurio	Tanya B	
27/02/26	12:25	1:22	bienestar familiar mercurio	Hospital yanguas	Tanya B	
27/02/26	1:22	2:09	Hospital Yanguas	centro zonal soacha centro	Tanya B	
27/02/26	2:09	4:09	centro zonal soacha centro	Hospital Yanguas	Tanya B	
28/02/26	8:00	1:00	Hospital Yanguas	Hospital yanguas	Disponible	

Powered by Cam



PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S.
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

PLACA	LSY 447

CONDUCTOR	Carlos Hernan Sierra Pineda	TELEFONO	3124814822

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
26-02-26	8:00AM	4:00PM	Hospital Yangas	Disponible		
27/02/26	8:00AM	4:00PM	Hospital Yangas	Disponible		



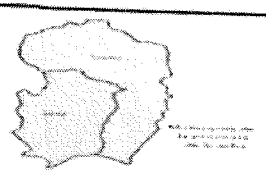
PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S.
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

PLACA	LZN 863

CONDUCTOR	JHON GOMEZ	TELEFONO	3107159159

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
02-26-26	8 AM	4 PM	HOSPITAL YANGUAS	HOSPITAL YANGUAS	Marcela Marin Diaz Trabajadora Social	
02-27-26	7:50 AM	4 PM	HOSPITAL YANGUAS	SSBT CENTRO YANGUAS FISCALIA COMISARIA 2 CENTRO YANGUAS	T.P. 2385[illegible]223-1	
02-28-26	7:41 AM	1 PM	HOSPITAL SOACHA	HOSPITAL SOACHA	DISPONIBLE	



PLANILLA DE SERVICIOS DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PASAJEROS
ESTURIVANNS S.A.S
NIT: 830.038.996-6
TELÉFONO: 3112167280



PLACA	NHP 545

CONDUCTOR	María Teresa Montenegro	TELEFONO	310-3369720

FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	ORIGEN	DESTINO	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
26-02-26	8:00	4:00	Hospital Mario Gaitán Y.	Hospital Mario Gaitán Y.	DISPONIBILIDAD	
27-02-26	8:00	4:00	Hospital Mario Gaitán Y.	Hospital Mario Gaitán Y.	DISPONIBILIDAD	
28-02-26	8:00	12:00	Hospital Mario Gaitán Y.	Hospital Mario Gaitán Y.	DISPONIBILIDAD	

Powered by Cam

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



