Bogotá, 27 de marzo de 2026

Señores.

POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA CASANARE

Ciudad.

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA __x___ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario INELMED DE COLOMBIA S.A.S NIT 900064651-4 y/o C.C. _____

Dirección CALLE 1H 29 73__ Teléfono 3112943136____ Fax_____

Departamento CUNDINAMARCA Ciudad BOGOTA_____Municipio CUNDINAMARCA

Denominación de la cuenta Corriente _____estado_____

Ahorros __X____ _estado ___ACTIVA___

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá indicar el correo electrónico para el efecto.

CORREO ELECTRÓNICO: comercial@inelmed.com.co SI (x)

TELÉFONO: 3112943136 SI (x)

II. DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA:

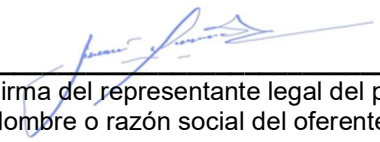
Entidad Financiera BANCO DAVIVIENDA___Código _____1050_____

Sucursal SANTA ISABEL__Código _____Ciudad _____BOGOTA

Dirección CARRERA 27 1G 32_ Teléfono 6013383838 Fax_____

Número de la cuenta 108900497513

(Adjuntar certificación bancaria)



Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: INELMED DE COLOMBIA S.A.S
Identificación (NIT X☐ C.C ☐ C.E ☐): 900064651-4
Nombre Representante Legal: JUAN DIEGO LOPEZ GOMEZ
Identificación (C.C X☐ C.E. ☐) 11.447.000
Dirección: CALLE 1H 29 73
Teléfono: **3112943136**
Email: **comercial@inelmed.com.co**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 10/03/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **INELMED DE COLOMBIA S A S** con **NIT 900.064.651-4** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 108900497513

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA