

900959051

Fecha Actual : miércoles, 17 diciembre 2025

Página 1/1

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000628885

Consecutivo : 000000000628885

Fecha del Egreso : 17/12/2025 10:17:04 a. m.

Beneficiario 901065278

HEALTHCORP SAS

Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000005208

Numero Nota: 00000005208

Valor en Letras

CUARENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO
CTVS M/Cte.

Estado : Confirmado

Valor : \$ 43.211.531,00

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero :

Consignar :

12/17/2025

Impuesto X Mil :

\$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS N 482800044349				
CONVENIO PSPIC - FFDS-CD-4176-2024	901065278	111006231	\$ 0,00	\$ 43.211.531,00

DISPERSION DE FONDOS 901065278

240101001

\$ 43.211.531,00

\$ 0,00

Egreso Generado por la Dispersion 00000005208

FACTURAS AFECTADAS

Factura

Valor

Factura

Valor

Factura

Valor

HFVE275

\$ 43.211.531,00

TESORERIA

DIRECCION FINANCIERA

GERENTE

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA
LOZANO OSORIO

Usuario Id. :74379421

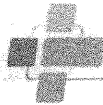
Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Fecha Actual : martes, 16 septiembre 2

1/1



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

COMPROBANTE ENTRADA

N°00000000086147

PROVEEDOR: HEALTHCORP SAS NIT: 901065278 FECHA: 15/09/2025 02:23 p. m.
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado
DIRECCION: CR 55 N 163 - 35 MONEDA: Pesos
TELEFONO: TASA CAM: 0,00
N° FACTURA: HFVE275 % ICA: 11,0400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 03/09/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
131LC015291	PRUEBA RAPIDA SIFILIS (CON KIT DE TOMA DE MUESTRA) BIOLINE, CAJA X 30 CASETES, ABBOTT	CAJA	3.300,00	\$ 3.309,00	\$ 10.919.700,00	0,00	0,00
131LC015289	HBSAG- HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE 2, SOBRE X 100 PRUEBAS, DETERMINE	SOBRE	3.400,00	\$ 4.239,00	\$ 14.412.600,00	0,00	0,00
131LC015322	PRUEBA RAPIDA HIV(VIH) I Y II TERCERA GENERACION PARA APLICACIÓN EN CONSULTORIO	UNIDAD	3.300,00	\$ 4.550,00	\$ 15.015.000,00	0,00	0,00
131LC015100	PRUEBA RAPIDA (VIH) CUARTA GENERACION	UNIDAD	100,00	\$ 8.398,00	\$ 839.800,00	0,00	0,00
131LC015330	DETERMINE EDTA CAPILLARY	UNIDAD	28,00	\$ 71.500,00	\$ 2.002.000,00	0,00	0,00
131LC015332	BUFFER PARA PRUEBAS DE VIH 4° GENERACIÓN	UNIDAD	30,00	\$ 54.600,00	\$ 1.638.000,00	0,00	0,00

DETALLE

SALUD PUBLICA ORDEN DE COMPRA 031 2025 - SEDE LA VICTORIA (GL)

SUBTOTAL: \$ 44.827.100,00

DESCUENTO: \$ 0,00

IMPUESTO: \$ 0,00

FLETES: \$ 0,00

IMP FLETES: \$ 0,00

RETE IVA: \$ 0,00

RETE ICA: \$ 494.891,00

RETE FUENTE: \$ 1.120.678,00

OTRAS RETE: \$ 0,00

OTRAS DEDUC: \$ 0,00

IMP DISTRI: \$ 0,00

AJUSTE RED: \$ 0,00

AJUSTE AL TOTAL: \$ 0,00

TOTAL COMPR: \$ 43.211.531,00

TOTAL COMPROBANTE:

CUARENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN PESOS
CON CERO CTVS M/Cte.

Greischell Lemos

Elaboró:

[Signature]

Revisó Almacen

Adriana M. Lugo

CUENTAS POR PAGAR
Revisado Impuestos:

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

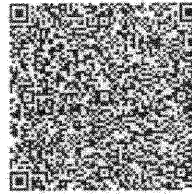
TESORERIA
S.C.O.

-09-25

ob. 30/09/25



HEALTHCORP SAS
NIT 901.065.278-8
Calle 161 No 54 - 87 Bq 5 Int 103
Tel: (+057) 3123285668
Bogotá - Colombia
administrativo@healthcorp.com.co
www.healthcorp.com.co

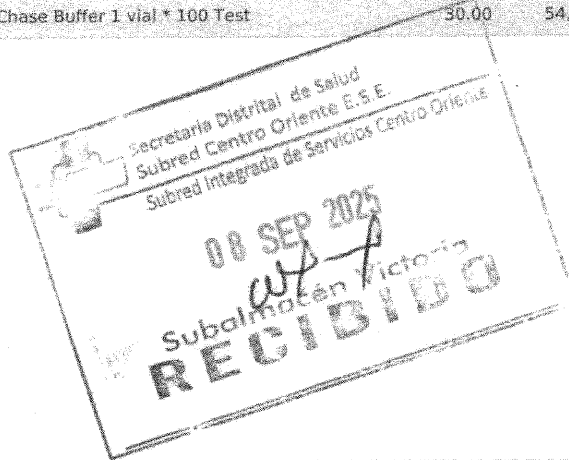


Factura electrónica de venta
No. HFVE 275

Señores SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT 900.959.051-7 **Teléfono** (031) 3102040836
Dirección Diagonal 34 # 5 - 46 **Ciudad** Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura
Generación 03/09/2025, 08:35
Expedición 03/09/2025, 08:35
Vencimiento 13/08/2025

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Valor Impto. Cargo	Vr. Total
1	Prueba de VIH 3ª Generación	3,300.00	4,550.00	0 %	0.00	15,015,000.00
2	Prueba de Sifilis	3,300.00	3,309.00	0 %	0.00	10,919,700.00
3	Prueba de Hepatitis B	3,400.00	4,239.00	0 %	0.00	14,412,600.00
4	Prueba VIH Cuarta Generación	100.00	8,398.00	0 %	0.00	839,800.00
5	Capillary Tubes *100	28.00	71,500.00	0 %	0.00	2,002,000.00
6	Alere Determine Chase Buffer 1 vial * 100 Test	30.00	54,600.00	0 %	0.00	1,638,000.00



REMISIONES
ENTRADA NO.
75679
75872

Total items: 6

Valor en Letras:

Cuarenta y cuatro millones ochocientos veintisiete mil cien pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

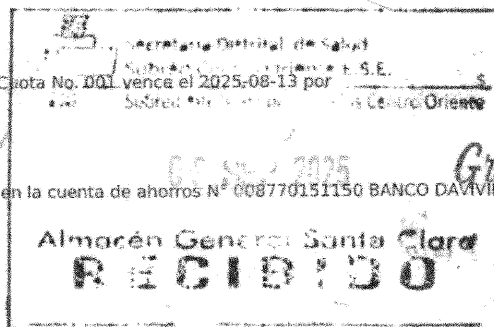
Otro - Crédito - Cota No. 001 vence el 2025-08-13 por

44,827,100.00

Observaciones:

OC 031 2025

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 008770151150 BANCO DAVIVIENDA



Total Bruto 44,827,100.00
Total a Pagar 44,827,100.00

Ida Montenegro
59822047
Coordinadora BAC
5/9/2025

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764080015723 aprobado en 20240923 prefijo HFVE desde el número 238 al 1000 Vigencia: 12 Meses

Responsable de IVA - Actividad Económica 4773 Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados Tarifa 11.04

CUPE: 25140d0d552cf9abd6f6e38e8a13ba69305eb38eb3ce0eb42d216e8372c0dea7d091a15dcca52d98b6e9f9adc06a7f0

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN CÓDIGO: AP-1A-FT-010 VERSIÓN: 06 FECHA: 2021-04-05									
CERTIFICACIÓN No.		I		INFORME PARCIAL:		X		Marque con una (X) según corresponda	
CONTRATO No.		OC 031 2025		FECHA DEL INFORME: DD/MM/AAAA		5/09/2025			
1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN									
Contratista:		HEALTHCORP SAS				NIT O.C.C.		901.065.278-8	
Representante Legal:		CARLOS ALFREDO ADOLFO GARCÍA NEIRA				Identificación Representante Legal		C.C: X C.E:	Cédula de Ciudadanía No. 80.418.923 de Bogotá
Objeto del Contrato u orden:		CONTRATAR EL SUMISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DIAGNÓSTICO DE VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO PSPIC, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE							FORMA DE PAGO: Noventa (90) día
SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL								Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA
			Valor Tope del Contrato (Máximo)**	\$ 179.877.880,00	Valor Inicial contrato:	\$ 44.969.470,00	Plazo	10/07/2025	9/08/2025
Consecutivo CDP	Fecha CDP DD/MM/AAAA	Registros Presupuestales	Consecutivo CRP	Fecha CRP DD/MM/AAAA	Adiciones/Modificación	Valor Adiciones	Prórrogas	Fecha Inicial Prórrogas DD/MM/AAAA	Fecha de Terminación Prórrogas: DD/MM/AAAA
Disponibilidad Inicial	2096	7/07/2025	Registro Inicial	21295	11/07/2025				
Disponibilidades Números de Adiciones	0	0/01/1900	Registros Presupuestales de Adiciones	0	0/01/1900	Adición 1:	\$ 0,00	Prórroga 1:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 2:	\$ 0,00	Prórroga 2:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 3:	\$ 0,00	Prórroga 3:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 4:	\$ 0,00	Prórroga 4:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Adición 5:	\$ 0,00	Prórroga 5:	
	0	0/01/1900		0	0/01/1900	Modificación 10	\$ 0,00	Prórroga 6:	
						Adición 6:	\$ 0,00	Prórroga 7:	
						Adición 7:	\$ 0,00	Prórroga 8:	
						Adición 8:	\$ 0,00	Prórroga 9:	
						Adición 9:	\$ 0,00	Prórroga 10:	
					Valor Total:	\$ 44.969.470,00	Fecha Terminación actual:		9/08/2025
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal		ADQUISICION DE BIENES PIC		Código(s) Rubro(s)	4245010305	Validación Tope Máximo del Contrato		Adicionar	
		Ver Instructivo Fila 19			Ver instructivo fila 20				
2. AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN									
INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES									
No. INFORME CERTIFICACIÓN	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO			CENTRO DE COSTO	ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO				
1	CONTRATAR EL SUMISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DIAGNÓSTICO DE VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO PSPIC, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			6S3P026, 6S3P022, 6S3P025, 6S3P029, 6S3P030	Oportunidad de entrega	SI: X N/A NO:	Cumplimiento de documentación tramitada o presentada	SI: X NO:	
					Respuesta de imprevistos y Emergencias	SI: N/A X NO:	Cumplimiento calidad de la prestación	SI: X NO:	

* DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019, LOS CONTRATOS QUE CULMINEN LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN.

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS								
No.	No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo	FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA	PERIODO FACTURADO	VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO Ver Fila 43 en Instructivo	ACUMULADO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
1	HFVE 275	3/09/2025	AGOSTO 2025	\$ 44.827.100	\$ 44.827.100	\$ 142.370	99,68%	ESTA FACTURA CORRESPONDE AL CONVENIO PIC 4176-2025
TOTAL				\$ 44.827.100	\$ 44.827.100	\$ 142.370	99,68%	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO
CERTIFICO
SE PRESTÓ EL SERVICIO CONFORME LO FACTURADO

EJECUCION DEL CONTRATO		
CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NÚMEROS
Valor ejecutado	CUARENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO 00/100	\$ 44.827.100
Saldo por ejecutar	CIENTO CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA 00/100	\$ 142.370
Valor total certificado (Acumulado)	CUARENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO 00/100	\$ 44.827.100

No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA
HFVE 275	3/09/2025
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	\$ 44.827.100
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	

ANEXOS: Factura, Certificación o Planilla de pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
C.C. No.	59.822.047
CARGO/TERMI	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
AREA DE UBICACIÓN	SEDE AVENIDA IRA DE MAYO
CORREO ELECTRONICO	pic@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	July M Bernal 
AREA DE UBICACIÓN	Ira de Mayo
CORREO ELECTRONICO	apovoadministrativopic@subredcentrooriente.gov.co



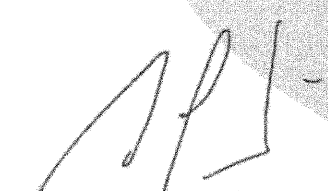
HEALTHCORP
NIT. 901065278-8

Bogotá, 16 de Septiembre de 2025

CERTIFICADO DE APORTES

CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA, en calidad de REPRESENTANTE LEGAL, certifica que de acuerdo con la auditoria efectuada y la verificación al pago efectuado por esta Compañía por concepto de aportes de sus empleados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con el pago de los aportes parafiscales de todos sus empleados a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, certifico que HEALTHCORP SAS ha cumplido con los pagos, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha.

Cordialmente:



CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA
80418923
Representante legal
HEALTHCORP SAS
NIT 901065278-8
Celular: 315-3653289



WILSON OMAR BERNAL
Contador Publico
TP. No. 4244-T

Cll 161 # 54-87 bloque 5 int 103
Cel. 3153653289 - 3107861835
gerencia@healthcorp.com.co



VIGILADO Supersalud 
Unidad de Vigilancia y Control de la Salud
Línea de Atención al Ciudadano 1122

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



WILSON
BERNAL
C.C. 13476581

RESOLUCION INDICACION 017
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

FECHA 28/04/95

Presidencia

00050424

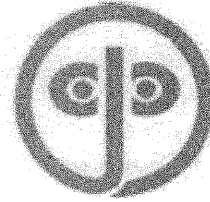
FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

80106342319EBFA

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

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **WILSON OMAR BERNAL FERNANDEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19470583 de BOGOTÁ, D.C. (BOGOTÁ D.C) Y Tarjeta Profesional No 42447-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTÁ a los 8 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141159518312



(415)7707212489984(8020) 0000141159518312

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 0 6 5 2 7 8

8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

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

HEALTHCORP SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 161 54 87 BL 5 AP 103

42. Correo electrónico

gerencia@healthcorp.com.co

43. Código postal

1 1 1 1 5 6

44. Teléfono 1

3 1 5 3 6 5 3 2 8 9

45. Teléfono 2

3 1 0 7 8 6 1 8 3 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

4 6 5 9 | 2 0 1 7 0 3 1 4

4 6 4 5 | 2 0 1 7 0 3 1 4

3 1 1 0 | 8 6 2 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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
5 | 7 | 1 0 1 4 | 4 2 | 4 8 | 5 2 | 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 55- Informante de Beneficiarios Finales

07- Retención en la fuente a título de renta

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 2 | 2 3 | | | | | | | |
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
| | | | | | | | | |55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
3 | 1 | | | | |
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 GARCIA NEIRA CARLOS ALFREDO ADOLFO

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141159518312



(415)7707212489984(8020) 0000141159518312

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 0 6 5 2 7 8

8

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

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 4	0 1	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número		8	83. Nacional público 0 . 0 %
73. Fecha	2 0 1 7, 0 3, 1 3	2 0 1 7, 0 7, 2 5	84. Nacional privado 1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría			
75. Entidad de registro	0 3	0 3	85. Extranjero 0 %
76. Fecha de registro	2 0 1 7, 0 3, 1 4	2 0 1 7, 0 7, 2 6	86. Extranjero público 0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil	0 2 7 9 2 7 5 5	0 2 7 9 2 7 5 5	87. Extranjero privado 0 . 0 %
78. Departamento	1 1	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	4	
Vigencia			
80. Desde	2 0 1 7, 0 3, 1 3		
81. Hasta	2 1 1 7, 0 3, 1 3		

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	8 0	2 0 1 6, 0 1, 0 1		
2				
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141159518312



(415)7707212489984(8020) 0000141159518312

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

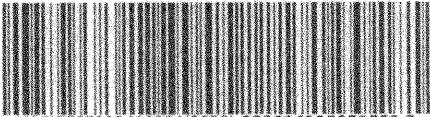
9 0 1 0 6 5 2 7 8 | 8

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 5 0 1 3 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 4 1 8 9 2 3		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GARCIA	NEIRA	CARLOS	ALFREDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 5 0 1 3 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 2 7 5 7 5 1		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CASTANEDA	ALFONSO	ROSMERY	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 4 de 4 Hoja 5		
			4. Número de formulario 141159518312		
 (415)7707212489984(8020) 000014115951831 2					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 6 5 2 7 8		8	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
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre 131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento				
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV 139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido		141. Segundo apellido		142. Primer nombre 143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento				
Contador	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV 151. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3		1 9 4 7 0 5 8 3		7 4 2 4 4 7 T
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre 155. Otros nombres
	BERNAL		FERNÁNDEZ		WILSON OMAR
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV	158. Sociedad o firma designada		
159. Fecha de nombramiento		2 0 2 4 0 9 0 2			



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 13/08/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **HEALTHCORP SAS** con **NIT 901.065.278-8** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número

008770151150

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA