# ACTA E INFORME DE RECIBO PARCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Acta e Informe de Recibo Parcial No. 1** | | **Fecha Acta e Informe:** 30/ 04/ 2026 | |
| **Contrato No. DJC-MC-08.02.02-328-2026** | | | |
| **Contratante – Nit:** | INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO<br>**Nit.** 805.000.889-0 | | |
| **Contratista – CC/Nit:** | **GRUPO EMI S.A.S** NIT 811007601-0 | | |
| **Objeto del Contrato:** | ***CONTRATAR EL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DE EMERGENCIA PARA TODA LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA DE LA UNIAJC*”.** | | |
| **Fecha de Inicio:** | 12/04/2026 | **Fecha de Terminación:** | 31/12/2026 |
| **Valor Inicial:** | $23.863.000 M/CTE | **Valor Otro Sí** (adición o dismin.) | N/A |
| **Forma de Pago:** | El contrato resultante se cancelará en pagos parciales de conformidad con el avance del alcance del objeto, de acuerdo con las políticas de pago de la institución.<br>El valor del contrato será cancelado al contratista en pagos parciales previa certificación de cumplimiento a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, una vez presentados y aprobado los informes en los términos previstos, y la acreditación de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes relativos al Sistema Integral de Seguridad Social.<br><br>La UNIAJC cancelará las obligaciones, en un tiempo (45 días calendario (personas naturales) y 60 días calendario (personas jurídicas) a partir de fecha radicación de factura con sus documentos correspondientes y previa certificación de cumplimiento de las obligaciones del contrato a entera satisfacción por parte del supervisor asignado al contrato**.** | | |
| **Certificado de Disponibilidad:** | 18074<br><br>18075 | **Registro Presupuestal:** | 50247 |
| **Número de Factura:** | FAP86453<br>FAP86454<br>FAP86455<br>FAP86456 | **Fecha de Factura:** | 23/04/2026<br>23/04/2026<br>23/04/2026<br>23/04/2026 |
| **Valor Factura:** | $ 1.817.134<br>$ 569.166<br>$ 1.817.134<br>$ 569.166 | | |
| **Supervisor y/o Interventor:** | YOLANDA OCHOA GRAJALES C.C.No.29.704.477 de Pradera Valle | | |

En Santiago de Cali, se reunieron el supervisor y contratista, a fin de realizar el recibo parcial del Contrato suscrito, conforme a las siguientes consideraciones:

**Primera**: Que la INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO y EL CONTRATISTA, celebraron Contrato con las especificaciones anteriormente mencionadas.

**Segunda**: Que el suscrito Supervisor y/o Interventor, procedió a verificar el cumplimiento del CONTRATISTA frente a las obligaciones pactadas en el contrato, por lo cual allega el informe y la respectiva cuenta de cobro.

| **Periodo del Informe: 12 DE MARZO AL 30 DE ABRIL** | | |
|---|---|---|
| **Actividades y/o entregables pactados con el contratista (Obligaciones Especiales) 1** | **Descripción detallada de la gestión y/o actividades realizadas por el Contratista.** | **Evidencia y/o producto (s) entregable (s)** |
| EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S. | Durante el periodo del informe, se presentaron emergencias que requirieron atención por parte del área protegida, con los siguientes diagnósticos:<br>• Amenaza de parto pretérmino,<br>• Litiasis,<br>• Hematoma frontal en el lado izquierdo,<br>• Vértigo<br>• Traumatismo en pie izquierdo. | La información registrada se consigna en el formato de **atención de enfermería BH-F-013** y se encuentra disponible tanto en formato físico como digital en el servicio de enfermería de cada sede donde se brinda la atención. Adicionalmente, esta información se conserva en la carpeta "Casos Especiales" del **Drive institucional**, asociada al correo electrónico corporativo del personal de enfermería.<br><br>Su almacenamiento y conservación responden a los principios de la ética médica y a la obligación de garantizar la confidencialidad, trazabilidad y continuidad en la atención al paciente.<br><br>Link Evidencia: Casos Especiales – Servicio de Enfermería 2026.xlsx |

**Tercera**: Que la INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO considera necesario y viable proceder con la ejecución de lo allí contemplado, y así dar continuidad con el objeto del CONTRATO celebrado, así como proceder al pago parcial correspondiente de acuerdo al siguiente balance económico:

| **Detalle** | **Fecha Acta y/o Informe** | **Factura y/o C. Cobro.** | | **Valor Contrato** | **Amortización Anticipo** | **Pagos Realizados** | **Saldo Contrato** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No.** | **Fecha** | | | | |
| Inicio del Contrato | 12/03/2026 | No Aplica | No Aplica | $ 23.863.000 | No Aplica | No Aplica | $ 23.863.000 |
| Cuota No. **1 –** Rec. Parcial | 30 / 034/2026 | FAP86453<br>FAP86454<br>FAP86455<br>FAP86456 | 23/04/2026<br>23/04/2026<br>23/04/2026<br>23/04/2026 | No Aplica | No Aplica | $ 4.772.600 | $ 19.090.400 |

**Nota:** Que para efectos de radicar la Factura correspondiente al pago y de acuerdo con lo previsto en la cláusula "Valor y Forma de Pago" del contrato, el Contratista deberá adjuntar a su factura una copia de esta Acta e Informe de Recibo Parcial debidamente firmada por las partes.

**Cuarta:** El Supervisor y/o Interventor le consta que el contratista pagó los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, encontrándose que sus cotizaciones para la presentación de esta acta, están ajustadas a la Ley[1] (se anexan las evidencias)

**Seguridad Social - Personas Jurídicas**

| **Fecha Certificado**: 07 /04 /2026 | |
|---|---|
| **Nombre del Revisor Fiscal o Contador** | **Tarjeta Profesional:** N°. 178341-T |
| Alejandro Estrada Sierra | |

En constancia de aceptación por las partes se firma en Santiago de Cali, por quienes intervienen en ella.

Supervisor y/o Interventor,

**YOLANDA OCHOA GRAJALES**
C.C NO.29.704.477 DE PRADERA

Contratista,

**GRUPO EMI S.A.S**
NIT 811007601-0
NICOLAS RUIZ MORENO

C.C. No. 80091626

[1] Contratista debe verificar y acreditar el pago de aportes de la persona que haya contratado (Minsalud, concepto 201511201727881 del 10/14/2015)

Vigilado Supersalud

Cali - COLOMBIA
CL 6 # 50 -80 PISO 4 LOCAL 401
TEL:(052) 653-04-04

RESPONSABLE DE IVA
Grandes Contribuyentes
Res. 000200 Dic/27/2024
Autorretenedores
Res. 0008003 Agosto/13 2010
Retenedores de IVA e ICA

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

| FECHA GENERACION | | | HORA GENERACIÓN | | | FECHA EXPEDICIÓN | | | PERIODO FACTURADO | | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 04 | 2026 | 16 | 36 | 44 | 23 | 04 | 2026 | MES 04/2026 AL 04/2026 | | |
| DIA | MES | AÑO | HH | MM | SS | DIA | MES | AÑO | FORMA DE PAGO: | Crédito | **FAP86453** |
| | | | | | | | | | MEDIO DE PAGO: | Transferencia bancaria | |



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SEÑOR(A) | INSTITUCION UNIVERSITARIA ANTONIO JOSE CAMACHO | | | NIT: | 805.000.889 - 0 |
| DOMICILIO | AV 6N 28N 102 | | | COBRADOR | 000000 |
| TELÉFONO | 6652828 | GRUPO/CONVENIO | | RADIO | |
| CIUDAD | CALI | | DEPARTAMENTO | VALLE DEL CAUCA | |

**PAGUESE ANTES DE: 2026-05-08**

**Referencia única de pago**

**000202618074**

| Nro. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PLAN | U.MEDIDA | CANTIDAD | VALORES | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0100001013 | MARZO 2026 INSTITUCION UNIVERS | MARZO 2026 INST | LUN | 1 | 1.817.134 | 0.00 |

| | | |
|---|---|---|
| SUBTOTAL | $ | 1.817.134 |
| DESCUENTO | $ | 0 |
| SUBTOTAL | $ | 1.817.134 |
| IVA | $ | 0 |
| VALOR FACTURA | $ | 1.817.134 |
| ANTICIPO | $ | 0 |
| *DESCUENTO | $ | 0 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| **VALOR A PAGAR** | $ | 1.817.134 |

- CLIENTE -

Vigilado Supersalud

**La Sociedad EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S., SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO, resulta de la fusión autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la resolución número 00579 del 16 de Mayo del 2008.**
**'La sociedad "EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA", fusiona a la empresa "SERVICIO DE EMERGENCIAS REGIONAL SER S.A.S", mediante la resolución número 005726 del 23 de noviembre de 2017**

OBSERVACIONES

RESOL18764104212900 VIGENTE DEL 03/01/2026 HASTA 03/01/2028#AUTORIZADO DESDE FAP-80711 AL FAP-1000000

Fecha y hora validacion Dian
2026-04-23 16:36:44

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023.
Cufe: c6fcf54d10c908d701cee30a5d6305f76010abbd0f855b0b8859ae86ac85da7e672d47c586919d2706da3edcee2c5b4c

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

(415)7709998010871(8020)000202618074(3900)0001817134(96)20260508

FACTURA DE VENTA
FAP86453

| | | |
|---|---|---|
| VALOR FACTURA | $ | 1.817.134 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| VALOR A PAGAR | $ | 1.817.134 |

- BANCO -

| | |
|---|---|
| GRUPO | |
| RAD | |
| COB | 000000 |
| FECHA | 2026-04-23 |
| HASTA | MES 04/2026 AL 04/2026 |

**Referencia única de pago**

**000202618074**

000202618074

| | |
|---|---|
| EFECTIVO $ | NO SE ACEPTA PAGO MIXTO NI PARCIAL |
| CHEQUE No. | Emitir cheque a nombre de Empresa de Medicina Integral EMI S.A.S. |

Si su pago es en cheque, no podrá utilizar cheques remesas.

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Vigilado Supersalud

Cali - COLOMBIA
CL 6 # 50 -80 PISO 4 LOCAL 401
TEL:(052) 653-04-04

RESPONSABLE DE IVA
Grandes Contribuyentes
Res. 000200 Dic/27/2024
Autorretenedores
Res. 0008003 Agosto/13 2010
Retenedores de IVA e ICA

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

| FECHA GENERACION | | | HORA GENERACIÓN | | | FECHA EXPEDICIÓN | | | PERIODO FACTURADO | | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 04 | 2026 | 16 | 36 | 45 | 23 | 04 | 2026 | MES 04/2026 AL 04/2026 | | |
| DIA | MES | AÑO | HH | MM | SS | DIA | MES | AÑO | FORMA DE PAGO: | Crédito | **FAP86454** |
| | | | | | | | | | MEDIO DE PAGO: | Transferencia bancaria | |



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SEÑOR(A) | INSTITUCION UNIVERSITARIA ANTONIO JOSE CAMACHO | | | NIT: | 805.000.889 - 0 |
| DOMICILIO | AV 6N 28N 102 | | | COBRADOR | 000000 |
| TELÉFONO | 6652828 | GRUPO/CONVENIO | | RADIO | |
| CIUDAD | CALI | | DEPARTAMENTO | VALLE DEL CAUCA | |

**PAGUESE ANTES DE: 2026-05-08**

**Referencia única de pago**

**000202618075**

| Nro. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PLAN | U.MEDIDA | CANTIDAD | VALORES | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0100001013 | MARZO 20226 INST UAJC (SISBEN) | MARZO 20226 INS | LUN | 1 | 569.166 | 0.00 |

| | | |
|---|---|---|
| SUBTOTAL | $ | 569.166 |
| DESCUENTO | $ | 0 |
| SUBTOTAL | $ | 569.166 |
| IVA | $ | 0 |
| VALOR FACTURA | $ | 569.166 |
| ANTICIPO | $ | 0 |
| *DESCUENTO | $ | 0 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| **VALOR A PAGAR** | $ | 569.166 |

- CLIENTE -

Vigilado Supersalud

**La Sociedad EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S., SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO, resulta de la fusión autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la resolución número 00579 del 16 de Mayo del 2008.**
**'La sociedad "EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA", fusiona a la empresa "SERVICIO DE EMERGENCIAS REGIONAL SER S.A.S", mediante la resolución número 005726 del 23 de noviembre de 2017**

OBSERVACIONES

RESOL18764104212900 VIGENTE DEL 03/01/2026 HASTA 03/01/2028#AUTORIZADO DESDE FAP-80711 AL FAP-1000000

Fecha y hora validacion Dian
2026-04-23 16:36:45

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023.
Cufe: de677729c62faf80006376dbc7e1aab602cec961460bb028c00771134a4703dc8e7d141829b038de27db8de6f9c19b84

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

(415)7709998010871(8020)000202618075(3900)0000569166(96)20260508

FACTURA DE VENTA
FAP86454

| | | |
|---|---|---|
| VALOR FACTURA | $ | 569.166 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| VALOR A PAGAR | $ | 569.166 |

- BANCO -

| | |
|---|---|
| GRUPO | |
| RAD | |
| COB | 000000 |
| FECHA | 2026-04-23 |
| HASTA | MES 04/2026 AL 04/2026 |

**Referencia única de pago**

**000202618075**

000202618075

| | |
|---|---|
| EFECTIVO $ | NO SE ACEPTA PAGO MIXTO NI PARCIAL |
| CHEQUE No. | Emitir cheque a nombre de Empresa de Medicina Integral EMI S.A.S. |

Si su pago es en cheque, no podrá utilizar cheques remesas.

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Vigilado Supersalud

Cali - COLOMBIA
CL 6 # 50 -80 PISO 4 LOCAL 401
TEL:(052) 653-04-04

RESPONSABLE DE IVA
Grandes Contribuyentes
Res. 000200 Dic/27/2024
Autorretenedores
Res. 0008003 Agosto/13 2010
Retenedores de IVA e ICA

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

| FECHA GENERACION | | | HORA GENERACIÓN | | | FECHA EXPEDICIÓN | | | PERIODO FACTURADO | | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 04 | 2026 | 16 | 36 | 44 | 23 | 04 | 2026 | MES 04/2026 AL 04/2026 | | |
| DIA | MES | AÑO | HH | MM | SS | DIA | MES | AÑO | FORMA DE PAGO: | Crédito | **FAP86455** |
| | | | | | | | | | MEDIO DE PAGO: | Transferencia bancaria | |

1 1 Pag 1 de 1

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SEÑOR(A) | INSTITUCION UNIVERSITARIA ANTONIO JOSE CAMACHO | | | NIT: | 805.000.889 - 0 |
| DOMICILIO | AV 6N 28N 102 | | | COBRADOR | 000000 |
| TELÉFONO | 6652828 | GRUPO/CONVENIO | | RADIO | |
| CIUDAD | CALI | | DEPARTAMENTO | VALLE DEL CAUCA | |

**PAGUESE ANTES DE: 2026-05-08**

**Referencia única de pago**

**000202618076**

| Nro. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PLAN | U.MEDIDA | CANTIDAD | VALORES | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0100001013 | ABRIL 2026 INSTITUCION UNIVERS | ABRIL 2026 INST | LUN | 1 | 1.817.134 | 0.00 |

| | | |
|---|---|---|
| SUBTOTAL | $ | 1.817.134 |
| DESCUENTO | $ | 0 |
| SUBTOTAL | $ | 1.817.134 |
| IVA | $ | 0 |
| VALOR FACTURA | $ | 1.817.134 |
| ANTICIPO | $ | 0 |
| *DESCUENTO | $ | 0 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| **VALOR A PAGAR** | $ | 1.817.134 |

- CLIENTE -

Vigilado Supersalud

**La Sociedad EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S., SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO, resulta de la fusión autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la resolución número 00579 del 16 de Mayo del 2008.**
**'La sociedad "EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA", fusiona a la empresa "SERVICIO DE EMERGENCIAS REGIONAL SER S.A.S", mediante la resolución número 005726 del 23 de noviembre de 2017**

OBSERVACIONES

RESOL18764104212900 VIGENTE DEL 03/01/2026 HASTA 03/01/2028#AUTORIZADO DESDE FAP-80711 AL FAP-1000000

Fecha y hora validacion Dian
2026-04-23 16:36:44

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023.
Cufe: 712bc7718b9382aec60c4869c46d681146da6131592a7cb2924ed8a08716e3a78bf85187b1b9c05e15f47b2d4794ef4e

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

(415)7709998010871(8020)000202618076(3900)0001817134(96)20260508

FACTURA DE VENTA
FAP86455

| | | |
|---|---|---|
| VALOR FACTURA | $ | 1.817.134 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| VALOR A PAGAR | $ | 1.817.134 |

- BANCO -

GRUPO
RAD
COB 000000
FECHA 2026-04-23
HASTA MES 04/2026 AL 04/2026

**Referencia única de pago**

**000202618076**

000202618076

| | |
|---|---|
| EFECTIVO $ | NO SE ACEPTA PAGO MIXTO NI PARCIAL |
| CHEQUE No. | Emitir cheque a nombre de Empresa de Medicina Integral EMI S.A.S. |

Si su pago es en cheque, no podrá utilizar cheques remesas.

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

1 1 Pag 1 de 1

Vigilado Supersalud

Cali - COLOMBIA
CL 6 # 50 -80 PISO 4 LOCAL 401
TEL:(052) 653-04-04

RESPONSABLE DE IVA
Grandes Contribuyentes
Res. 000200 Dic/27/2024
Autorretenedores
Res. 0008003 Agosto/13 2010
Retenedores de IVA e ICA

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

| FECHA GENERACION | | | HORA GENERACIÓN | | | FECHA EXPEDICIÓN | | | PERIODO FACTURADO | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 04 | 2026 | 16 | 36 | 46 | 23 | 04 | 2026 | MES 04/2026 AL 04/2026 | |
| DIA | MES | AÑO | HH | MM | SS | DIA | MES | AÑO | FORMA DE PAGO: Crédito | **FAP86456** |
| | | | | | | | | | MEDIO DE PAGO: Transferencia bancaria | |

1 1 Pag 1 de 1

SEÑOR(A) INSTITUCION UNIVERSITARIA ANTONIO JOSE CAMACHO — NIT: 805.000.889 - 0
DOMICILIO AV 6N 28N 102 — COBRADOR 000000
TELÉFONO 6652828 — GRUPO/CONVENIO — RADIO
CIUDAD CALI — DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA

**PAGUESE ANTES DE: 2026-05-08**

**Referencia única de pago**

**000202618077**

| Nro. | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | PLAN | U.MEDIDA | CANTIDAD | VALORES | %IVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0100001013 | ABRIL 2026 INST UAJC (SISBEN) | ABRIL 2026 INST | LUN | 1 | 569.166 | 0.00 |

| | | |
|---|---|---|
| SUBTOTAL | $ | 569.166 |
| DESCUENTO | $ | 0 |
| SUBTOTAL | $ | 569.166 |
| IVA | $ | 0 |
| VALOR FACTURA | $ | 569.166 |
| ANTICIPO | $ | 0 |
| *DESCUENTO | $ | 0 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| **VALOR A PAGAR** | $ | 569.166 |

- CLIENTE -

Vigilado Supersalud

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

**La Sociedad EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S., SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO, resulta de la fusión autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la resolución número 00579 del 16 de Mayo del 2008.**
**'La sociedad "EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA", fusiona a la empresa "SERVICIO DE EMERGENCIAS REGIONAL SER S.A.S", mediante la resolución número 005726 del 23 de noviembre de 2017**

OBSERVACIONES
RESOL18764104212900 VIGENTE DEL 03/01/2026 HASTA 03/01/2028#AUTORIZADO DESDE FAP-80711 AL FAP-1000000

Fecha y hora validacion Dian
2026-04-23 16:36:46

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023.
Cufe: b2219a04df615a4ac8a9d8dbe367d8f810e1252b21a5f32e6910d2c7c50059ba5bf5093987762e9d484d7fc7f952faa6

emi FALCK
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.
SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.
NIT: 811 007 601 - 0

(415)7709998010871(8020)000202618077(3900)0000569166(96)20260508

FACTURA DE VENTA
FAP86456

GRUPO
RAD
COB 000000
FECHA 2026-04-23
HASTA MES 04/2026 AL 04/2026

**Referencia única de pago**

**000202618077**

000202618077

| | | |
|---|---|---|
| VALOR FACTURA | $ | 569.166 |
| Seguros Acc | $ | 0 |
| Seguros Vida | $ | 0 |
| VALOR A PAGAR | $ | 569.166 |

- BANCO -

| | |
|---|---|
| EFECTIVO $ | NO SE ACEPTA PAGO MIXTO NI PARCIAL |
| CHEQUE No. | Emitir cheque a nombre de Empresa de Medicina Integral EMI S.A.S. |

Si su pago es en cheque, no podrá utilizar cheques remesas.

eFactura cadena. NIT: 890.930.534-0

1 1 Pag 1 de 1

aportes en línea

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 811007601 | 0 | GRUPO EMI | A - 200 O MAS COTIZANTES | GRUPO EMI | CRA 48 N 14-49 | MEDELLIN-ANTIOQUIA | 4444364 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-04 | 187933502 | 9502570702 | E | 2026/04/06 | 2026/04/01 | BANCOLOMBIA | 0 | $3,930,384,300 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 3,478 | $2,456,571,100 | $0 | $0 | $2,456,571,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 285 | $280,859,700 | $0 | $0 | $280,859,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 889 | $736,787,400 | $0 | $0 | $736,787,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1,202 | $753,436,300 | $0 | $0 | $753,436,300 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1,065 | $628,948,800 | $0 | $0 | $628,948,800 |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 37 | $56,538,900 | $0 | $0 | $56,538,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 3,489 | $180,996,900 | $0 | $0 | $180,996,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 3,489 | $180,996,900 | $0 | $0 | $180,996,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 9) | | | | 3,489 | $597,202,800 | $0 | $0 | $597,202,800 |
| COMBARRANQUILLA | CCF06 | 890,102,002 | 2 | 169 | $25,782,800 | $0 | $0 | $25,782,800 |
| COMFAMA | CCF04 | 890,900,841 | 9 | 1,617 | $294,654,400 | $0 | $0 | $294,654,400 |
| COMFAMILIAR RISARALDA | CCF44 | 891,480,000 | 1 | 244 | $37,150,800 | $0 | $0 | $37,150,800 |
| COMFENALCO CARTAGENA | CCF08 | 890,480,023 | 7 | 63 | $9,421,700 | $0 | $0 | $9,421,700 |
| COMFENALCO QUINDIO | CCF43 | 890,000,381 | 0 | 78 | $12,320,000 | $0 | $0 | $12,320,000 |
| COMFENALCO SANTANDER | CCF40 | 890,201,578 | 7 | 1 | $531,900 | $0 | $0 | $531,900 |
| COMFENALCO VALLE | CCF56 | 890,303,093 | 5 | 404 | $68,779,300 | $0 | $0 | $68,779,300 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 831 | $137,077,700 | $0 | $0 | $137,077,700 |
| CONFAMILIARES | CCF11 | 890,806,490 | 5 | 82 | $11,484,200 | $0 | $0 | $11,484,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 24) | | | | 3,489 | $657,067,300 | $0 | $0 | $657,067,300 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 26 | $5,133,100 | $0 | $0 | $5,133,100 |
| ASMET SALUD EPS SAS | ESSC62 | 900,935,126 | 7 | 7 | $408,100 | $0 | $0 | $408,100 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 8 | $737,800 | $0 | $0 | $737,800 |
| COMFENALCO VALLE | EPS012 | 890,303,093 | 5 | 36 | $5,180,100 | $0 | $0 | $5,180,100 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 196 | $35,104,300 | $0 | $0 | $35,104,300 |
| COOSALUD EPS | EPS042 | 900,226,715 | 3 | 9 | $1,515,100 | $0 | $0 | $1,515,100 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 8 | $1,066,500 | $0 | $0 | $1,066,500 |
| EMSSANAR | ESSC18 | 901,021,565 | 8 | 3 | $551,300 | $0 | $0 | $551,300 |
| EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS | CCFC33 | 901,543,761 | 5 | 2 | $325,000 | $0 | $0 | $325,000 |
| EPS MUTUAL SER | EPS048 | 806,008,394 | 7 | 11 | $1,428,500 | $0 | $0 | $1,428,500 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1,701 | $366,428,000 | $0 | $0 | $366,428,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 93 | $13,205,800 | $0 | $0 | $13,205,800 |
| FOSYGA | MIN001 | 901,037,916 | 1 | 12 | $998,200 | $0 | $0 | $998,200 |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1 | 2 | $142,800 | $0 | $0 | $142,800 |
| MALLAMAS | EPSIC5 | 837,000,084 | 5 | 2 | $333,100 | $0 | $0 | $333,100 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 9 | $1,367,300 | $0 | $0 | $1,367,300 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 215 | $35,520,800 | $0 | $0 | $35,520,800 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 17 | $1,951,200 | $0 | $0 | $1,951,200 |
| PROTEGER | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 3 | $383,300 | $0 | $0 | $383,300 |
| S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. | EPS018 | 805,001,157 | 2 | 52 | $7,873,200 | $0 | $0 | $7,873,200 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 456 | $57,322,800 | $0 | $0 | $57,322,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 589 | $117,194,800 | $0 | $0 | $117,194,800 |
| SAVIA SALUD | EPS040 | 900,604,350 | 0 | 31 | $2,717,500 | $0 | $0 | $2,717,500 |
| UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA | RES008 | 899,999,063 | 3 | 1 | $178,700 | $0 | $0 | $178,700 |

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 811007601 | 0 | GRUPO EMI | A - 200 O MAS COTIZANTES | GRUPO EMI | CRA 48 N 14-49 | MEDELLIN-ANTIOQUIA | 4444364 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-04 | 187933502 | 9502570702 | E | 2026/04/06 | 2026/04/01 | BANCOLOMBIA | 0 | $3,930,384,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 32 | $23,127,500 | $0 | $0 | $23,127,500 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 32 | $23,127,500 | $0 | $0 | $23,127,500 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 32 | $15,418,700 | $0 | $0 | $15,418,700 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 32 | $15,418,700 | $0 | $0 | $15,418,700 |
| TOTAL | | | | 3489 | $3,930,384,300 | $0 | $0 | $3,930,384,300 |

# **Certificación**
# Bancaria

Fecha: **01 de octubre de 2025**

Señores:
**A quien pueda interesar**

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la empresa **EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SAS,** identificado con **NIT** No **811007601** denominada **EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI SA**, a la fecha **01/10/2025**, presenta la siguiente información:

| TIPO DE CUENTA | CUENTA | FECHA APERTURA | ESTADO | NOMBRE SUCURSAL | NÚMERO DE SUCURSAL |
|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA CORRIENTE | 07716344704 | 01/19/93 (M/D/A) | ACTIVA | TEQUENDAMA | 77 |

Quedamos a su disposición, por eso en caso de requerir ampliar la anterior información podrá comunicarse con su comercial o gerenciado, en el momento que lo estime conveniente.

Atentamente,



**Elizabeth Rivero Jimenez**

*** Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

## 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
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S. SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGGRUPO EMI S.A.S. | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 48 14 49

42. Correo electrónico notificacionesrut.emi@grupoemi.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 5 0 0 2 1 | 3 1 7 4 3 2 0 3 0 2 | 3 5 0 4 7 4 3 5 2 2 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Actividad principal** | | **Actividad secundaria** | | **Otras actividades** | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 1 9 9 6 1 1 0 7 | 8 6 2 1 | 2 0 2 3 0 1 0 1 | 6 2 0 9 | | | | 1 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 | 3 | 5 | 7 | 9 | 1 0 | 1 3 | 1 4 | 1 5 | 1 6 | 1 8 | 2 6 | 4 2 | 4 8 | 5 2 | 5 5 | 5 9 | | | | | | | | | | |

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
16- Obligación facturar por ingresos bienes
18- Precios de transferencia
26- Declaración individual precios de tran
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales
59 - Autorretención especial renta

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | 2 3 | | | | | | | | | |
| | 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 AGUDELO ARISMENDI JUAN CARLOS

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 1 0 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 1 0 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 | 7 9 | 2 0 1 5 0 1 0 1 | | - |
| 2 | 2 1 | 2 0 1 8 1 0 0 5 | | - |
| 3 | 2 0 | 2 0 0 8 0 5 3 0 | 8 0 0 1 6 3 4 4 7 | - 1 |
| 4 | 1 0 6 | 2 0 2 2 1 2 1 3 | | - |
| 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



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 1 1 2 1 5 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Extranjerí 2 2 | 5 4 6 7 0 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VIGARA | DE OTAZU | JORGE | |

| 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 2 5 0 8 2 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 3 2 2 0 1 8 9 | | |

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

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

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| APOD. GENERAL 0 7 | 2 0 1 1 0 8 1 9 |

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

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OCHOA | JARAMILLO | RAFAEL | DARIO |

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

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| APOD. ESPECIAL 0 6 | 2 0 2 4 1 1 2 8 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 3 8 1 6 3 0 6 | | |

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

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

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 2 1 0 8 0 5 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 8 0 0 9 1 6 2 6 | | |

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| APOD. GENERAL 0 7 | 2 0 1 6 0 4 2 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 7 1 2 6 7 9 0 0 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TEJADA | CORREA | JUAN | GABRIEL |

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

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| APOD. GENERAL 0 7 | 2 0 1 6 0 5 1 3 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 3 8 7 6 2 0 7 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TORO | SERNA | SANDRA | LILIANA |

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

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 2 1 0 8 0 5 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 9 8 5 9 4 1 4 1 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| AGUDELO | ARISMENDI | JUAN | CARLOS |

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

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| APOD. GENERAL 0 7 | 2 0 2 2 0 2 0 9 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 9 8 6 6 2 3 0 9 | | |

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

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

**5**

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

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

**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 Extranjer 2 2 | 3 2 2 4 2 1 | | FRANCIA 2 7 5 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GERARD | | LUC | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 6 1 0 1 8 | 2 0 1 2 0 6 2 0 |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 9 8 5 4 8 7 6 2 | | FRANCIA 2 7 5 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARVAJAL | CATAÑO | JUAN | GERMAN |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 6 1 0 1 8 | 2 0 1 1 0 5 1 0 |

**3**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| IRAGORRI | LONDOÑO | FELIPE | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 6 1 0 1 8 | 2 0 1 6 0 1 1 8 |

**4**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ORTEGA | JARAMILLO | MAURICIO | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 6 1 0 1 8 | 2 0 0 7 0 6 0 1 |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Extranjer 2 2 | 3 3 8 4 4 3 | | FRANCIA 2 7 5 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEON | | GERARDO | ALBERTO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 6 1 0 1 8 | 2 0 0 9 0 1 2 9 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 2 9 7 3 1 8 3 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| REIGNALD | PEDERSEN | MORTEN | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2012,03,20 | 2017,12,05 |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 0 2 2 5 5 8 6 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HINRICHSEN | | THOMAS | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2012,03,20 | 2017,12,05 |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 4 8 9 0 4 9 2 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIEGELS | CHRISTENSEN | RUNE | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2012,03,20 | 2017,12,05 |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 5 5 0 0 6 2 2 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| JUST | BOMHOLT | JACOB | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2017,12,06 | 2020,05,18 |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 8 8 2 6 7 1 5 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BJORN | | LARS | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2018,07,18 | 2022,11,22 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 3 7 1 4 0 8 9 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BECK | | JENS | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 7 1 2 0 6 | 2 0 2 0 0 6 1 0 |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 5 5 3 7 3 4 4 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORTENSEN | | POUL | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 7 1 2 0 6 | 2 0 1 8 1 0 1 8 |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 7 2 6 5 9 8 9 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BLAABJERG | | MORTEN | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 7 1 2 0 6 | 2 0 2 0 0 7 2 8 |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | x d a 7 7 8 9 1 7 | | ESPAÑA 2 4 5 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BUXO | | MIGUEL | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 8 0 8 0 3 | |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 8 3 8 1 2 2 1 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIIS | | JAKOB | |

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 3 0 3 8 6 7 5 6 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MAGNE | LONNUM | TOR | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2020/09/14 | 2022/07/13 |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 8 0 0 9 1 6 2 6 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RUIZ | MORENO | NICOLAS | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2020/09/14 | 2022/11/22 |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 4 3 8 7 6 2 0 7 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TORO | SERNA | SANDRA | LILIANA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2022/12/20 | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 7 1 3 6 9 5 2 8 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SALAZAR | GAÑAN | EDISON | HERNAN |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2022/12/20 | 2024/04/05 |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 1 1 9 2 3 1 6 8 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BORIS | BALTZER | CHRISTIAN | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2022/12/20 | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

**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 | 8 0 0 8 7 8 2 8 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | CORREA | DANIEL | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 8 0 8 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Pasaporte 4 1 | 2 0 8 9 3 6 0 9 5 | | DINAMARCA 2 3 2 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SPROGOEE | BENTZEN | KATJA | MARGRETHE |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 8 1 6 | |

**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



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes | 3 1 | |

**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 5 2 1 9 2 4 1 9 | 8 | 1 7 8 3 4 1 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ESTRADA | SIERRA | ALEJANDRO | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 9 0 0 9 4 3 0 4 8 | 4 | PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 2 0 9 0 6 |

**Revisor fiscal suplente**

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

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FLOREZ | GUZMAN | GERALDIN | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 9 0 0 9 4 3 0 4 8 | 4 | PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 2 1 2 1 9 |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 2 3 5 6 6 4 5 | 6 | 1 6 6 9 4 3 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NOVOA | CUCUNUBA | JOHANA | |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S. SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 5 0 4 0 8 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento
EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA, GRUPO EMI S.A.S.

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

165. Dirección
CR 48 14 49

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 2 1 2 8 3 2 0 4 0 2 | 1 9 9 6 1 1 2 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 4 4 4 4 4 3 6 4 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento
GRUPO EMI S.A.S

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

165. Dirección
CL 5 50 103 LC 401

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 3 1 3 8 4 5 | 1 9 9 2 0 5 2 6 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 6 5 3 0 4 0 4 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento:
GRUPO EMI S.A.S

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

165. Dirección
CR 68 D 18 30

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 1 8 2 5 4 3 6 | 2 0 0 8 0 8 0 5 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 1 3 0 7 7 3 6 4 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: GRUPO EMI S.A.S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Valle del Cauca 7 6 | Palmira 5 2 0 |

165. Dirección: CL 47 33 01 LC 36

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 5 6 5 3 4 | 2 0 0 1 1 0 2 5 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 2 2 8 5 5 2 7 2 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Agencia 0 1 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: GRUPO EMI S.A.S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | Rionegro 6 1 5 |

165. Dirección: KM 2 3 VDA LA CONVENCION- HOSPITAL SAN VICENTE FUND P 2

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 7 3 9 2 4 | 2 0 1 1 0 9 0 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 6 0 4 5 6 3 2 1 9 1 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

162. Nombre del establecimiento: GRUPO EMI S.A.S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cundinamarca 2 5 | Chía 1 7 5 |

165. Dirección: CR 5 1 30

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes | 3 1 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento
GRUPO EMI S.A.S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Risaralda 6 6 | Pereira 0 0 1 | |

165. Dirección
AV TREINTA DE AGOSTO 87 363 LC 2 SEC LA VILLA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 8 1 4 9 7 0 6 | 2 0 1 8 0 1 1 6 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 6 0 6 3 1 3 5 9 1 0 | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento
GRUPO EMI S.A.S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Quindío 6 3 | Armenia 0 0 1 | |

165. Dirección
CR 12 24 50

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 2 2 2 1 8 7 | 2 0 1 8 0 1 1 3 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 6 0 6 7 3 1 4 0 3 0 | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 | |

162. Nombre del establecimiento:
GRUPO EMI S.A.S

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Caldas 1 7 | Manizales 0 0 1 | |

165. Dirección
CR 27 A 66 30

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 1 9 0 1 1 7 | 2 0 1 8 0 1 0 4 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 6 0 6 8 8 7 9 0 1 0 | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 1 1 0 0 7 6 0 1 | 0 | Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1 | |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

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

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Bolívar 1 3 | Cartagena 0 0 1 |

165. Dirección: CR 1 48 88

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 9 3 8 8 4 7 4 0 2 | 2 0 1 8 0 1 1 7 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 4 4 4 4 1 1 2 5 | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Sucursal 1 0 | Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9 |

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

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

165. Dirección: CR 74 76 05

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 6 9 3 1 2 5 | 2 0 1 8 0 1 1 9 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 1 4 4 4 4 1 1 2 5 | |

**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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Estado de la Empresa o Persona

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141226007281

(415)7707212489984(8020) **000014122600728 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional<br>Operativa de Grandes Contribuyentes | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | | 3 1 | |

**Estado y beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 0 | 2 0 0 8 0 5 3 0 | 8 0 0 2 0 7 9 0 4 | - 5 |
| 2 | | AAAA MM DD | | - |
| 3 | | AAAA MM DD | | - |
| 4 | | AAAA MM DD | | - |
| 5 | | AAAA MM DD | | - |
| 6 | | AAAA MM DD | | - |
| 7 | | AAAA MM DD | | - |
| 8 | | AAAA MM DD | | - |
| 9 | | AAAA MM DD | | - |
| 10 | | AAAA MM DD | | - |
| 11 | | AAAA MM DD | | - |
| 12 | | AAAA MM DD | | - |
| 13 | | AAAA MM DD | | - |
| 14 | | AAAA MM DD | | - |
| 15 | | AAAA MM DD | | - |
| 16 | | AAAA MM DD | | - |
| 17 | | AAAA MM DD | | - |
| 18 | | AAAA MM DD | | - |
| 19 | | AAAA MM DD | | - |
| 20 | | AAAA MM DD | | - |
| 21 | | AAAA MM DD | | - |
| 22 | | AAAA MM DD | | - |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Antonio José Camacho
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

V 3.0 - 2021
GF-F-033

**CONSTANCIA PARA RADICACIÓN DE FACTURAS O CUENTAS DE COBRO**

**YOLANDA OCHOA GRAJALES**, en mi condición de Supervisor asignado al Contrato **No.DJC-MC-08.02.02-328-2026**, y con el objetivo de radicar la Factura y/o Cuenta de Cobro **No FAP86453**, **FAP86454, FAP86455, FAP86456** de fecha **23/abril /2026**, hago constar que los documentos que soportan la misma, se encuentran radicados en el expediente contractual que reposa en la Oficina Asesora de Jurídica de la UNIAJC.

| **Fuente financiación** | |
|---|---|
| Recursos Propios | x |
| Nombre Proyectos | x |
| Recursos Nación | |
| Otros. (Cual?) | |

| **Forma de Pago** (según fecha radicado FC y/o Cta. Cobro) | |
|---|---|
| Contado | |
| Crédito (Días) | 15 [ ] 30 [ ] 45 [ ] 60 [x] |
| Fecha Pago | |
| Otros. (Cual?) | |

**Pago Cuenta Bancaria** [ ]

Nombre del Banco: Bancolombia

N°. Cuenta: O7716344704

Ahorro [ ] Corriente [X] Ciudad Radicación: Cali

Pago en Cheque

Aplica solo para casos especiales y debe ser justificado por parte del supervisor en la casilla observaciones:
**1.Centro de Costo:** Dirección de Bienestar Universitario
**Fuente de Financiación**:Recursos Propios
Factura FAP86453 con un valor de $ 1.817.134
Factura FAP86455 con un valor de $ 1.817.134
**2, Centro de Costo**: SISBEN 2025 CONVENIO 2
**Unidad:** Dirección de Proyección Social
Factura FAP86454 $ 569.166
Factura FAP 86456 $ 569.166
corresponde a la prestación del servicio de asistencia médica de emergencia en el área protegida SISBEN 2025-CONVENIO 2 .

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 27 días del mes de Abril de 2026, con conocimiento de la Ley 1474 de 2.011.

Firma



**Nombre YOLANDA OCHOA GRAJALES**

**CC. 29.704.477 de Pradera Valle**

# Informe del Revisor Fiscal

A la Administración de Empresa de Medicina Integral EMI S. A. S. Servicio de Ambulancia Prepagada
7 de abril de 2026

En mi calidad de Revisor Fiscal de Empresa de Medicina Integral EMI S. A. S. Servicio de Ambulancia Prepagada, identificada con NIT. 811.007.601-0, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el mes de abril de 2026. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en la reglamentación colombiana, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tal obligación.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

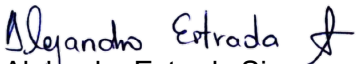
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la Compañía para el mes de abril de 2026.

3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior, con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Compañía.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que, durante el mes de abril de 2026, la Compañía efectuó el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Este informe se expide por solicitud de la Administración de la Compañía, para ser entregado dentro de sus procesos de licitación y legalización de contratos con terceros, y no debe ser utilizado para propósitos diferentes, ni distribuido a otros terceros.

Atentamente,



Alejandro Estrada Sierra
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 178341-T

PwC Contadores y Auditores S.A.S.,
Calle 7 sur No. 42-70, Torre 2, Piso 11, Ed. Forum
Medellín, Colombia Tel: (60-4) 6040606



©2026 PricewaterhouseCoopers. Todos los derechos reservados. PwC Colombia se refiere a las firmas colombianas miembros de la red PwC y, en ocasiones, puede hacer referencia a la red misma. Cada firma miembro es una entidad legal independiente. Para más detalles, por favor consulte www.pwc.com/structure

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E88EEFAFC43C1592

**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 **ALEJANDRO ESTRADA SIERRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1152192419 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 178341-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

República de Colombia

Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL

DE CONTADOR PUBLICO

**178341-T**



ALEJANDRO

ESTRADA SIERRA

C.C. 1152192419

RESOLUCION INSCRIPCION 237 FECHA 30/05/2013

UNIVERSIDAD EAFIT

PRESIDENTE

LUIS EDUARDO FORERO VARGAS 189336

106906

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

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.152.192.419**

**ESTRADA SIERRA**

APELLIDOS

**ALEJANDRO**

NOMBRES

Alejandro Estrada

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1991**

**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-JUL-2009 MEDELLIN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0100150-00174871-M-1152192419-20090903 **0015**670361A 1 29484095