Institución de Educación Superior UCEVA Unidad Central del Valle del Cauca	**GESTIÓN ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**	**CÓDIGO: GAD-GJUR-F-033**
	FORMATO	**VERSIÓN: 2**
	INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL	**FECHA: 30/AGO/2021**

FECHA DE SUPERVISIÓN	**DÍA**	27	**MES**	05	**AÑO**	2026
PERIODO	14/04/2026	**AL**	30/04/2026			

CONTRATO No:	CPS 058	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN**	10/04/2026		
FECHA DE INICIO	14/04/2026	**FECHA DE TERMINACIÓN**	14/12/2026		
SUPERVISIÓN No:	01				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DISTRISALUD COLOMBIA S.A.S.				
CÉDULA O NIT:	901419678 - 1				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO PARA LA RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS RESPEL GENERADOS DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES DE LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA, VIGENCIA 2026.				
ADICIÓN O PRÓRROGA	SI	NO X	**FECHA DE TERMINACIÓN INCLUYENDO PRÓRROGA**		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	MARIA JOHANGELINE PÉREZ GONZÁLEZ				
CARGO DEL SUPERVISOR	Profesional Universitario Oficina de Planeación				

1. SEGUIMIENTO TECNICO			
ITEM	**ACTIVIDAD**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**EVIDENCIA Y OBSERVACIONES**

1	Recolección de residuos peligrosos y/o similares, para el transporte, recolección, tratamiento y disposición final.	Se evidencia la Recolección, transporte y disposición final RESPEL. Actividad realizada en el mes de septiembre. Octubre por un valor de $ 581.899. Factura **FEV367**	Se anexa registro fotográfico  

2. SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO

- El Contratista presenta oportunamente los informes de ejecución del contrato
- El contratista cumple con las obligaciones en materia de seguridad social, la cual realiza así

NÚMERO DE PLANILLA	81134033	**FECHA DE PAGO**	13/05/2026
SALUD	Serv. Occ. Salud – EPS, EPS Sura.	$ 190.100	
PENSIÓN	COLPENSIONES.	$ 480.000	
ARL	Riesgos prof Colmena.	$ 24.900	
Nivel de Riesgo:	5		
Ingreso base de la cotización -IBC	Ver planillas anexas		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

- El contratista aporta los documentos necesarios para tramitar el pago
- El valor pagado está justificado técnica, presupuestal y jurídicamente en las actividades realizadas

3.1. SEGUIMIENTO DEL VALOR PAGADO

PORCENTAJE DE AVANCE:	11,64%	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN TOTAL**	11,64%
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.000.000		
VALOR ADICIONES O REDUCCIONES	$ 0		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 5.000.000		

VALOR TOTAL PAGADO	$ 0
VALOR A PAGAR	$ 581.899
SALDO DEL CONTRATO	$ 4.418.101

4. VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y LEGALES POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

PERIODO CERTIFICADO	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**AL**	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	14	04	2026		30	04	2026

En mi calidad de supervisor del contrato N° 058 certifico que el/la contratista DISTRISALUD COLOMBIA S.A.S, con NIT 901419678 - 1, ejecutó sus actividades conforme a lo estipulado de manera oportuna con la calidad, eficiencia requerida y en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas, de acuerdo a las actividades establecidas para el contrato cuyo objeto es “Prestación del servicio para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos RESPEL”, lo cual se evidencia en el informe entregado para el periodo certificado.

Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la ley 789 de 2002 modificada por la 828 del 2003 y de ARP según la ley 1562 del 2012.

SE AUTORIZA EL PAGO POR LA SUMA DE:	$ 581.899

MARÍA JOHANGELINE PÉREZ GONZÁLEZ
Profesional Universitario

Proyectó y Elaboró: MARÍA JOHANGELINE PÉREZ GONZÁLEZ
Revisó y Aprobó: MARÍA JOHANGELINE PÉREZ GONZÁLEZ

DISTRISALUD COLOMBIA S.A.S.
NIT: 901419678 - 1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas IVA
Persona Jurídica
Dirección: CR 87 10 55, CALI, Valle del Cauca, Colombia
Tel. 3176568716
Email. distrisalud.co@distrisaludcolombia.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764108261886 válida desde 2026-04-09 hasta 2028-04-09 rango desde FEV301 hasta FEV600

Nombre/Razón Social: UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
NIT: 891900853
Dirección: CRA 27A 48 144 KM 1S SUR, CALI, Valle del Cauca, Colombia
Teléfono: 6022317222
Email: rectoria@uceva.edu.co

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 15/06/2026
Total de Lineas: 2

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: **FEV367**

MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **11:42:15**
FECHA FIRMADO: **15/05/2026 11:42:17**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	05	2026	15	06	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	1-RUTA HOSPITALARIA UNA VEZ AL MES	WSD	1,00	$100.000,00				$0,00	$100.000,00
2	5	KILOS	WSD	132,00	$3.650,75				$0,00	$481.899,00

Notas:

SON: (quinientos ochenta y uno mil ochocientos noventa y nueve pesos cero centavos)

CUFE: 4744cf6896d7b0d9023927316702777ff82b287c50fb235fe4ec752ec25d89723e632d4f92ada90b3488e746923b279c4

Subtotal:	$581.899,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$581.899,00

Firma Digital: m7ROACkzfB9Opf5Dzi5/7XIS27fVKT8ddv56dLUpRIbQf5tEa2ipuPVOiFS72vpV
puXipKbKO9Rwq0CzT/hWfchk2VeiKGl7vlUDnBVEVxd8qZduq+wX5GWEjMJOyHBI
4DfgTmxnTYsAtthkvB3wiLAJJyDTkW0kfy/A1V0STdgcVwISHAw8T0KWDm0auS/6
y69BPZHTPwudSwduUY0NwfShE08O5kWhpp6aas+jENL6jLohSonVTVr2eQGzkVDo
zT7e9p+Av64JIHFLZFOvYFSA+zNbokUfS5EMTb22l/P1psCLT0UaNoIufevudIxY
Zlgmiz7LAUMjnHd6xZ0dpw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

INFORME DE CONTRATISTA

FECHA DE INFORME	**DÍA**	20	**MES**	05	**AÑO**	2026

1. CONTRATO No:	CPS- 058-2026	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN**	10/04/2026
2. NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DISTRISALUD COLOMBIA S.A.S.	
3. REPRESENTANTE LEGAL		CAMILA VAN ARCKEN CHEGWIN	
4. OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIO PARA LA RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS RESPEL GENERADOS DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES DE LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA, VIGENCIA 2026.	
5. NOMBRE DEL SUPERVISOR		MARIA JOHANGELINE PÉREZ GONZALEZ	
6. CARGO DEL SUPERVISOR		PROFESIONAL UNIVERSITARIO	

7. DETALLE DE LA EJECUCIÓN CONTRATUAL		
ACTIVIDAD No	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**OBSERVACIONES O SUGERENCIAS**
1	Recolección de residuos peligrosos y/o similares, para el transporte, tratamiento y disposición final. Actividades realizadas durante el mes de abril: • Abril por un valor de $581.899. **Factura base FEV367**	Registro fotográfico  

Nota: En caso de ser necesario puede insertar o eliminar filas

CAMILA VAN ARCKEN CHEGWIN
REPRESENTANTE LEGAL

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901419678-1	DISTRISALUD COLOMBIA SAS	CL 12 87 40	3176568716	adrianalondono77@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81134033	13/05/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$4,750,905	$885.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	70.100	0		0		0	0	0	0	70.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	24.900				24.900	0	0	24.900			249	24.900	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	190.100	0	0	190.100	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	190.100	190.100
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	24.900	24.900
CCF	1	190.100	190.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	885.100	885.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901419678-1	DISTRISALUD COLOMBIA SAS		CL 12 87 40	3176568716	adrianalondono77@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			VALLE DEL CAUCA	CALI	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81134033	13/05/2026	2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	$4,750,905	$885.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvalo	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1193601791	VAN ARCKEN CHEGWIN CAMILA	1	0			S																	25-14	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS010	3.000.000	30	120.000	14-25	3.000.000	30	1	15.700	CCF57	3.000.000	30	120.000	0	0	0	0	0
2	CC 66854595	CHEGWIN FERRO SORANYI	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS018	1.750.905	30	70.100	14-25	1.750.905	30	1	9.200	CCF57	1.750.905	30	70.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141227123684

(415)7707212489984(8020) 000014122712368 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 1 9 6 7 8	1	Impuestos de Cali 5	

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
DISTRISALUD COLOMBIA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CL 12 87 40

42. Correo electrónico distrisalud.co@distrisaludcolombia.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1 4	4	2	4	8	5	2																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-12-30 / 11:25:24AM

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 VAN ARCKEN CHEGWIN CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227123684

(415)7707212489984(8020) **000014122712368 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 1 9 6 7 8	1	Impuestos de Cali 5	

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 0 1 2 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141227123684

(415)7707212489984(8020) **000014122712368 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 1 9 6 7 8	1	Impuestos de Cali	5

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 1 0 0 9		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 6 6 7 4 5 5 2		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
VAN ARCKEN	SANCHEZ	ALEX	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 5 1 2 2 4		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 9 3 6 0 1 7 9 1		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
VAN ARCKEN	CHEGWIN	CAMILA	
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 5 1 2 2 4		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
Cédula de Ciudadan 1 3	6 6 8 5 4 5 9 5		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
CHEGWIN	FERRO	SORANYI	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	**101. Número de identificación**	**102. DV**	**103. Número de tarjeta profesional**
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	**109. DV**	**110. Razón social representante legal**	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141227123684

(415)7707212489984(8020) **000014122712368 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 1 9 6 7 8	1	Impuestos de Cali	5

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

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANDOVAL	RAMIREZ	JHON	JAIRO

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

BBVA Net Cash

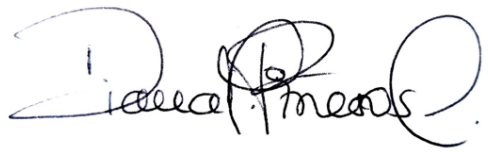
BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **DISTRISALUD COLOMBIASAS**, identificado(a) con NIT número **901.419.678-1** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA **CUENTA CORRIENTE** No. **0274030600** aperturada el **4 de noviembre del 2020**, cuenta **ACTIVA** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el **22 de mayo del 2026.**

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:**0274030600**
Cuenta de 16 dígitos:**0274000100030600**
Cuenta de 20 dígitos:**00130274000100030600**



Firma autorizada
BBVA Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA