

900959051

Fecha Actual : miércoles, 25 marzo 2026

Página 1/1

**COMPROBANTE DE EGRESO**  
**Número : 000000000644375**Estado : Confirmado  
Valor : \$ 5.544.511,00

Consecutivo : 000000000644375

Fecha del Egreso : 25/03/2026 3:10:28 p. m.

Beneficiario : 860029022

ROPSOHN THERAPEUTICS LTDA

Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000005444

Número Nota : 00000005444

Valor en Letras : CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS ONCE PESOS CON CERO CTVS  
M/Cte.**DATOS DEL PAGO EN CHEQUE**

Banco : BANCO DAVIVIENDA S.A.

Número :

Consignar : 03/25/2026

Impuesto X Mil : \$ 0,00

**DETALLE DEL MOVIMIENTO**

| CONCEPTO                                        | TERCERO   | CUENTA    | DEBITO          | CREDITO         |
|-------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------------|
| BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº 008400747591 | 860029022 | 111006001 | \$ 0,00         | \$ 5.544.511,00 |
| DISPERSION DE FONDOS                            | 860029022 | 240101001 | \$ 5.544.511,00 | \$ 0,00         |
| Egreso Generado por la Dispersion 00000005444   |           |           |                 |                 |

**FACTURAS AFECTADAS**

| Factura  | Valor           | Factura | Valor | Factura | Valor |
|----------|-----------------|---------|-------|---------|-------|
| FE390469 | \$ 5.544.511,00 |         |       |         |       |

TESORERIA

DIRECCIÓN FINANCIERA

GERENTE

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró : 1016072845 ANGGIE DANIELA  
CÉSPEDES RODRIGUEZ

Usuario Id. : 52267364

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

Fecha Actual : lunes, 16 junio 2025

1/1

## COMPROBANTE ENTRADA N°0000000000084534

PROVEEDOR: ROPSOHN THERAPEUTICS LTDA NIT: 860029022 FECHA: 16/06/2025 04:03 p.m.  
CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA D.C.) ESTADO: Confirmado  
DIRECCION: CR.13.30.78 MONEDA: Pesos  
TELEFONO: 3444484 TASA CAM: 0,00  
N° FACTURA: FE390469 % ICA: 12,1400 PLAZO: 0 FECHA FAC: 12/06/2025 12:00 a.m.

| CODIGO     | NOMBRE                  | PRESENTACION | CANTIDAD | VALOR/U         | SUBTOTAL         | %DTO | %IVA |
|------------|-------------------------|--------------|----------|-----------------|------------------|------|------|
| 131LC50002 | TSH NEONATA LAUTODELFIA | UNIDAD       | 2,00     | \$ 8.036.000,00 | \$ 16.112.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| 131LC50002 | TSH NEONATA LAUTODELFIA | UNIDAD       | 1,00     | \$ 8.036.000,00 | \$ 8.036.000,00  | 0,00 | 0,00 |

### DETALLE

INGRESA CONTRATO 02 ES 0023 2025 SEDE LA VICTORIA LR

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| SUBTOTAL:        | \$ 24.188.000,00 |
| DESCUENTO:       | \$ 0,00          |
| IMPUESTO:        | \$ 0,00          |
| FLETES:          | \$ 0,00          |
| IMP FLETES:      | \$ 0,00          |
| RETE IVA:        | \$ 0,00          |
| RETE ICA:        | \$ 293.400,00    |
| RETE FUENTE:     | \$ 0,00          |
| OTRAS RETE:      | \$ 0,00          |
| OTRAS DEDUC:     | \$ 0,00          |
| IMP DISTRI:      | \$ 0,00          |
| AJUSTERED:       | \$ 0,00          |
| AJUSTE AL TOTAL: | \$ 0,00          |
| TOTAL COMPR:     | \$ 23.874.600,00 |

### TOTAL COMPROBANTE:

VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cts.

*Lorena R*  
Elaboró:

*Carly B*  
Revisó: Amara

Adriana M. Lugo  
CUENTAS POR PAGAR  
Revisado Impuestos:

ESTADO DE CUENTAS POR PAGAR DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. (N° 0000000000084534)

TESORERIA  
S.C.O.  
10-07-25

614958/26

Abono - # 5.544.511

do. 29933/25

27



ROPSOHN THERAPEUTICS S.A.S / NIT.860.029.022-9

Autorización numeración de facturación electrónica No.18764093290789 de mayo 19 de 2025 hasta noviembre 19 de 2026. Prefijo FE del No. 389890 a 400000. Actividad económica 2100 Tarifa Ica 12.14 x 1000. Agente retención de IVA e ICA

74426  
REGIMEN COMÚN  
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES✓  
RESOLUCIÓN DIAN No. 000200  
DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2024  
SOMOS AUTORRETENEDORES✓  
RESOLUCIÓN DIAN No. 6838 DEL 25 DE  
AGOSTO DE 2000  
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS BOGOTÁ✓  
ICA BOGOTÁ

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE - 390469

|                    |                                                              |         |                                      |                                |            |                   |            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------|--------------------------------|------------|-------------------|------------|
| Señores:           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |         |                                      | Fecha Factura                  | 12/06/2025 | Fecha Vencimiento | 11/08/2025 |
| Nit:               | 900959051-7                                                  | E-Mail: | recepcionfacturasbienes@subredcentro | Código Cliente: CN900959051-08 |            |                   |            |
| Dirección Factura: | HOSPITAL LA VICTORIA                                         |         |                                      | Distrito: 90                   |            |                   |            |
| Ciudad:            | 110311 BOGOTÁ D.C.                                           |         |                                      | Zona: 901                      |            |                   |            |
| Forma de pago:     | Crédito - 60 DÍAS                                            |         |                                      |                                |            |                   |            |

| #ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CODIGO    | ARTICULO                          | BOD | CUM | LOTE   | VTO.       | CANT. | U/M                                 | VR. UNIT.    | VALOR TOTAL   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----|-----|--------|------------|-------|-------------------------------------|--------------|---------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 201120019 | AUTODELF<br>NeoNATALhTSH1-0378-R1 | 4   |     | 758260 | 31/08/2026 | 1,00  | KIT                                 | 8.056.000,00 | 8.056.000,00  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 201120019 | AUTODELF<br>NeoNATALhTSH1-0378-R1 | 4   |     | 757122 | 30/06/2026 | 2,00  | KIT                                 | 8.056.000,00 | 16.112.000,00 |
| <div><div>Secretaría Distrital de Salud<br/>Subred Centro Oriente E.S.E.<br/>Subred Integrada de Servicios Centro Oriente<br/>3 JUN 2025<br/>Subalmacen Victoria<br/><b>RECIBIDO</b></div><div>Secretaría Distrital de Salud<br/>Subred Centro Oriente E.S.E.<br/>Subred Integrada de Servicios Centro Oriente<br/>16 JUN 2025<br/>Almacén General Santa Clara<br/><b>RECIBIDO</b></div></div> |           |                                   |     |     |        |            |       |                                     |              |               |
| Cant. Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                   |     |     |        |            | 3     | Medio de pago: Transferencia Débito |              |               |

OBSERVACIONES: ORDEN DE COMPRA N° Segunda Entrega Junio 2025 con cargo al CONTRATO N° 02 BS 0023 2025

Fecha y Hora de 12/06/2025 13:50  
Generación :

SON: VEINTICUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL PESOS M.CTE.

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR, SEGUN LA LEY 1231 EL 17 DE JULIO DE 2008 Y CAUSA INTERESES DE MORA A LA TASA MAXIMA LEGAL VIGENTE DESPUES DE SU VENCIMIENTO



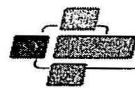
| % descuento   | Fecha Limite del descuento | Valor a Pagar |
|---------------|----------------------------|---------------|
| 10%           | 27/06/2025                 | 21.751.200,00 |
| 5%            | 12/07/2025                 | 22.959.600,00 |
| Sin descuento | 11/08/2025                 | 24.168.000,00 |

|           |               |
|-----------|---------------|
| SUB TOTAL | 24.168.000,00 |
| DESCUENTO | 0,00          |
| RET. ICA  |               |
| IVA       | 0,00          |
| TOTAL     | 24.168.000,00 |

QR:

CUFE: 066ec67fa56cc0f507af1ec538c083105afd8fd6e732c8b9a9cbd5a039a195691f6a2a5c2f86a4e48ba5f66a54bb544f

Oficinas: Carrera 13 No. 50-78 Bogotá D.C  
Pbx Ventas 2102240 Línea Atención al Cliente: 01 8000 110 310  
Bodega: Calle 18 a No. 62 - 70 Tel: 414 4950 Bogotá D.C. - E-mail: ropventas@ropsohn.com.co  
Diseñado por Heinsohn Business Technology - Impreso en SAP Business One  
Fabricante de Software SAP COLOMBIA SAS - 900320612-5  
Proveedor Tecnológico FACTURE SAS - 900399741



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

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO  
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-010  
VERSIÓN: 06  
FECHA: 2021-04-08

|                   |                 |                               |           |                                      |
|-------------------|-----------------|-------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| CERTIFICACIÓN No. | 2               | INFORME PARCIAL:              |           | Marque con una (X) según corresponda |
| CONTRATO No.      | 02-BS-0023-2025 | FECHA DEL INFORME: DD/MM/AAAA | 2/07/2025 |                                      |

1. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO U ORDEN

|                              |                                                                                                                                                                                               |                                    |                |                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Contratista:                 | ROPSOHN THERAPEUTICS SAS                                                                                                                                                                      | NIT/O.C.C.                         | 860.029.022-9  |                                                                                     |
| Representante Legal:         | RICARDO ALONSO HERNANDEZ BUITRAGO                                                                                                                                                             | Identificación Representante Legal | C.C: X<br>C.E: | 79.561.196                                                                          |
| Objeto del Contrato u Orden: | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CETRO ORIENTE E.S.E. |                                    |                | FORMA DE PAGO:<br><br>NOVENTA (90) días siguientes a la presentación de la factura. |

| SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL               |                            |                       |                                       |                    |                         |                                     | Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA | Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA |                                     |                                            |
|----------------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
|                                        |                            |                       | Valor Tope del Contrato (Maximo)**    | \$ 386.688.000,00  | Valor Inicial contrato: | \$ 96.672.000,00                    | Plazo                       | 23/04/2025                       | 22/10/2025                          |                                            |
| Consecutivo CDP                        |                            | Fecha CDP: DD/MM/AAAA | Registros Presupuestales              | Consecutivo CRP    | Fecha CRP: DD/MM/AAAA   | Adiciones/Modificación              | Valor Adiciones             | Prórrogas                        | Fecha Inicial Prórrogas: DD/MM/AAAA | Fecha de Terminación Prórrogas: DD/MM/AAAA |
| Disponibilidad Inicial:                | 272                        | 24/01/2025            | Registro Inicial                      | 13320              | 15/04/2025              |                                     |                             |                                  |                                     |                                            |
| Disponibilidades Números de Adiciones: |                            |                       | Registros Presupuestales de Adiciones |                    |                         | Adición 1:                          |                             | Prórroga 1:                      |                                     |                                            |
|                                        |                            |                       |                                       |                    |                         |                                     |                             |                                  |                                     |                                            |
|                                        |                            |                       |                                       |                    |                         | Valor Total:                        | \$ 96.672.000,00            | Fecha Terminación actual:        | 22/10/2025                          |                                            |
| Nombre(s) Rubro(s) presupuestal:       | MATERILA MÉDICOQUIRÚRGICOS |                       |                                       | Código(S) Rubro(S) | 4245020903              | Validación Tope Máximo del Contrato | Adicionar                   |                                  |                                     |                                            |
|                                        |                            |                       |                                       |                    | 4245020903              |                                     |                             |                                  |                                     |                                            |

2. AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN

| INFORMACION DE ACTIVIDADES |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                              |                                        |                     |                                                      |                  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------|------------------|
| No. INFORME/CERTIF.        | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO                                                                                                                                                     | CENTRO DE COSTO                                                                                              | ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO    |                     |                                                      |                  |
| 2                          | CONTRATAR EL SUMINISTRO DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CETRO ORIENTE E.S.E. | 1SCD07 - 1SCT01 - 1SCH06 - 2LVD07 - 2LVT01 - 2LVH06- 2MID07 -2MIT01-4EGD07 -2MIH06- 3BLD07 - 3BLT01 - 3BLH06 | Oportunidad de entrega                 | SI: X<br>N/A<br>NO: | Cumplimiento de documentación tramitada o presentada | SI: X<br><br>NO: |
|                            |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                              | Respuesta de imprevistos y Emergencias | SI: X<br>N/A<br>NO: | Cumplimiento calidad de la prestación                | SI: X<br><br>NO: |

\*\*DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACIÓN RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019, LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRÁN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.



| 3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS                                                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-------------|---------------|
| No.                                                                                                                                                                                 | No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo | FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO: DD/MM/AAAA | PERIODO FACTURADO                                                   | VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo | ACUMULADO EJECUTADO | SALDO            | % EJECUCION | OBSERVACIONES |
| 1                                                                                                                                                                                   | FE - 389629                                                                            | 09/05/2025                                                             | MAYO 2025 - VICTORIA                                                | \$ 24.168.000                                                                         | \$ 24.168.000,00    | \$ 72.504.000,00 | 25,00%      |               |
| 2                                                                                                                                                                                   | FE - 390469                                                                            | 12/06/2025                                                             | JUNIO 2025 - VICTORIA                                               | \$ 24.168.000                                                                         | \$ 48.336.000,00    | \$ 48.336.000,00 | 50,00%      |               |
| TOTAL                                                                                                                                                                               |                                                                                        |                                                                        |                                                                     | \$ 48.336.000                                                                         | \$ 48.336.000       | \$ 48.336.000    | 50,00%      |               |
| COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| CERTIFICO                                                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| Verificadas las obligaciones contractuales establecidas en el contrato, como Supervisor manifiesto que el contratista ha cumplido de conformidad, en oportunidad, calidad y precio. |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                              |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                            |                                                                                        |                                                                        | VALOR EN LETRAS                                                     |                                                                                       |                     | VALOR EN NUMEROS |             |               |
| Valor ejecutado                                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                        | CUARENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS       |                                                                                       |                     | \$ 48.336.000    |             |               |
| Saldo por ejecutar                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                        | CUARENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS       |                                                                                       |                     | \$ 48.336.000    |             |               |
| Valor total certificado (Acumulado)                                                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                        | CUARENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS       |                                                                                       |                     | \$ 48.336.000    |             |               |
| No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO                                                                                                    |                                                                                        |                                                                        |                                                                     | FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA  |                     |                  |             |               |
| FE - 390469                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                        |                                                                     | 12/06/2025                                                                            |                     |                  |             |               |
| VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO                                                                                      |                                                                                        |                                                                        |                                                                     | \$ 24.168.000                                                                         |                     |                  |             |               |
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCION DEL CONTRATO:                                                                                                                    |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| ANEXOS: FACTURA CON SU S RESPECTIVOS PARA FISCALES                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| FIRMA SUPERVISOR CONTRATO                                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                        |                                                                     |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| NOMBRE Y APELLIDOS                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                        | IBETH PAOLA GARZON GORDILLO ( E )                                   |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| C.C.No.                                                                                                                                                                             |                                                                                        |                                                                        | 21.104.318                                                          |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| CARGO/PERFIL                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                        | REFERENTE LABORATORIO CLINICO TOXICOLOGIA Y SERVICIO DE TRANSFUSION |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| AREA DE UBICACION                                                                                                                                                                   |                                                                                        |                                                                        | UNIDAD SANTA CLARA                                                  |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| Correo Electronico:                                                                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                        | laboratorio@subredcentrooriental.gov.co                             |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA                                                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                        | Kevin Steve Mariño Salazar                                          |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| AREA DE UBICACION                                                                                                                                                                   |                                                                                        |                                                                        | UNIDAD SANTA CLARA                                                  |                                                                                       |                     |                  |             |               |
| Correo Electronico:                                                                                                                                                                 |                                                                                        |                                                                        | kevinmarino13@hotmail.com                                           |                                                                                       |                     |                  |             |               |

Bogotá D.C. junio 3 de 2025

Señores  
**ROPSOHN THERAPEUTICS SAS.**  
Ciudad

En mi calidad de revisor fiscal de **ROPSOHN THERAPEUTICS SAS.** Identificada con NIT **860.029.022-9**, he efectuado los procedimientos de revisión con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio nacional de aprendizaje (SENA) durante el periodo comprendido entre el 01 de diciembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025

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 el artículo 50 de la ley 789 de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Con base en el resultado de los procedimientos de revisión aplicados, informo que la compañía durante el periodo comprendido entre el 01 de diciembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025 pagó en forma oportuna los aportes de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en los casos a que hubo lugar según la normatividad vigente.

Este informe es para uso exclusivo de la administración de la compañía dentro del proceso de licitación y liquidación de contratos ante **ENTIDADES PUBLICAS** y no debe ser utilizado para ningún otro propósito.



**CARLOS J. CARDENAS CASTAÑEDA**  
Revisor Fiscal  
C.C. No. 19.345.824  
T.P. No 13.685-I  
Designado por Bareño & Cía. S.A.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
NUMERO 19.345.824  
CARTENAS CASTANEDA  
NOMBRES CARLOS JOSE  
REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1957

MANTA  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

A+

G.S. RH

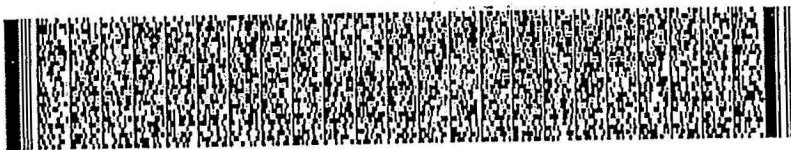
M

SEXO

28-JUN-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45140552-M-0019345824-20060131

0501306031B 02 202655154

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.775.518

GIL GIL  
APELLIDOS

FLOR MARINA  
NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO: 03-MAY-1965  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA  
O+ G.S. RH  
F SEXO

04-AGO-1983 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL  
ALVARO GARCIA BERNARDO LOPEZ

A-1500102-42132542-F-0051776518-20050401 0368805082B 02 178656026