

CUFE: 8c7aae5f4c50b4b53df5494be903a5dfcf043c8095263292a38f3ed44d2140e625158ae1ceb205c157a4ff27ec1a0ab7

Servicios Prestados a:	N/A-N/A	N/A N/A N/A N/A	Edad:	0	Ingreso:	0			
Direccón:	N/A	Ciudad:	N/A	Teléfono:	N/A				
F.Ingreso:	2026-06-04	F.Egreso:	2026-06-25	Dias Estancia:	0	Regimen:	N/A	Nivel:	0
Responsable del pago:	COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA			Nit:	890980134-1	Poliza:			
Convenio:	COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA								
Dirección:	MEDELLIN			Teléfono:					

Cups-Cum	Atc	Actividad	Fecha	Descripción	Cant.	Vlr. Unitario	Valor
==> Consultas <==							
Consultas							
890284		39126	04/06/2026	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA - 11915	1	\$ 145.400,00	\$ 145.400,00
890284		39126	10/06/2026	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA - 11915	1	\$ 145.400,00	\$ 145.400,00
890284		39126	17/06/2026	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA - 11915	1	\$ 145.400,00	\$ 145.400,00
890284		39126	25/06/2026	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA - 11915	1	\$ 145.400,00	\$ 145.400,00
Subtotal Consultas					4	\$ 581.600,00	

FORMA DE PAGO	Total General	\$ 581.600,00
Crédito	Total Copago / Cuota	\$ 0,00
MEDIO DE PAGO	Total IVA	\$0
Consignación bancaria	Total Neto	\$ 581.600,00

Son: QUINIENTOS OCHENTA Y UNO MIL SEISCIENTOS PESOS
ELABORADO POR: NATALIA MARIN BUITRAGO

Natalia Marin B.
"IPS UNIVERSITARIA"
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

IMPRESO POR: NATALIA MARIN BUITRAGO.
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL SERVICIO O FIRMA DEL ACUDIENTE: 01/07/2026 06:46:30

- Entidad sin ánimo de lucro (Resolución 1566 de Dic 4/98 Dirección Seccional de Salud de Antioquia).
- Régimen tributario especial según Art.19 del E.T no efectuar Retención en la fuente. Somos responsables del IVA.
- Grandes Contribuyentes, según resolución 00200 del 27 de diciembre de 2024.
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764094223268 del 10 de Junio 2025 Rango E5000-E5999 Vigencia 24 meses
- Habilitación para facturar según resolución de la DIAN No 18764109932209 del 19 de Mayo de 2026 rango EL1000000 al EL1500000 Vigencia 24 meses
- Esta factura cambiaria de compraventa se asemeja para todos sus efectos a una letra de cambio según lo establecido en el Código de Comercio.
- Nuestra Razón Social es: HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA
- Factura emitida electrónicamente
HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA Nit: 811016192. Proveedor Solución Software ERP GHIPS



Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

Radicado: FAC2026400532
03-07-2026 15:14:41
Radicador: PAULA ANDREA GONZALEZ PALACIO

	INFORME SUPERVISION DE CONTRATOS O CONVENIOS DIFERENTES A PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O APOYO A LA GESTIÓN GJ-FR-045		
	Versión: 03	Fecha: 27-02-2023	Página: 1 de 1
SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO			
INFORME NÚMERO		4	
ÁREA O PROCESO:	FECHA ELABORACIÓN DEL INFORME:	No. DEL CONTRATO O CONVENIO:	
BIENESTAR INSTITUCIONAL	9/07/2026	CMA-MC-24420-MC-013-2026	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CONTRATISTA:		C.C. O NIT (con dígito de verificación):	
HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA		811.016.192-8	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Luis Gabriel Jaramillo Sepúlveda		
OBJETO DEL CONTRATO (sin actividades):	Prestar el servicio de atención psiquiátrica a la comunidad estudiantil, bajo la modalidad de bolsa, orientado al fortalecimiento del bienestar integral y a la prevención y mitigación de riesgos		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 15.002.820	TOTAL ADICIONES:	\$ -
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	Desde el 23/02/2026 hasta el 11/12/2026	PLAZO AMPLIACIONES:	\$ -
SEGUIMIENTO TÉCNICO			
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES DEL CONTRATISTA			
Actividades (pactadas en el contrato)	Metas y/o productos (alcanzadas cada período por el	Constancia de seguimiento y evidencias	
1. Que el tiempo estipulado para la asignación de cita por psiquiatría no supere los 5 días calendario	Detallar los productos entregados en el período reportado de acuerdo con la actividad contractual	Respuesta a las remisiones por el call center de Hospital Alma Mater de Antioquia en archivo compartido en drive	
2. Que el servicio sea prestado efectivamente por médico psiquiatra	Prestación efectiva del servicio por médico especialista	Informe enviado por Hospital Alma Mater de Antioquia con asignación de citas y médico psiquiatra asignado	
3. Que la IPS haga reportes de los pacientes atendidos	Reportes emitidos por la IPS dentro de los tiempos pactados en el contrato	Informe enviado por Hospital Alma Mater con asignación de citas y médico psiquiatra asignado	
4. Que a los pacientes les sea enviado a su correo electrónico las órdenes médicas e historia clínica.	Entrega efectiva de documentación derivada de consulta por psiquiatría a los estudiantes remitidos	Informe enviado por IPS Universitaria con asignación de citas y médico psiquiatra asignado	
5. Informar que cualquier novedad e información debe ser enviado a los profesionales de psicología de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia	Comunicación efectiva con persona enlace del Hospital Alma Mater de Antioquia	Solicitudes realizados por correos electrónicos	
6. Acompañamiento psiquiátrico a los estudiantes de la Institución Universitaria	Servicio de atención por psiquiatría prestado de manera oportuna para los estudiantes de la Institución	Informe enviado por Hospital Alma Mater de Antioquia con asignación de citas y médico psiquiatra asignado.	
SEGUIMIENTO FINANCIERO			
Valor final del contrato (inicial + adiciones-disminuciones)		\$	15.002.820
Nº DE PAGO	VALOR PAGOS AUTORIZADOS	SALDO POR PAGAR	
1	\$ 727.000	14.275.820	
2	\$ 1.308.600	12.967.220	
3	\$ 581.600	12.385.620	
4	\$ 581.600	11.804.020	
5		-	
6		-	
7		-	
8		-	
9		-	
10		-	
11		-	
12		-	
TOTALES	3.198.800	11.804.020	
SEGUIMIENTO LEGAL			
AUTORIZACIÓN DE PAGO			
No de factura o cuenta de cobro:	EL1007281	No CDP:	267
CUMPLIMIENTO FINANCIERO %:	21%	CUMPLIMIENTO EN PLAZO %:	46%
CANTIDAD: El producto y/o servicio cumple con las especificaciones de cantidad requeridas. Cumple (X) No cumple ()			
OPORTUNIDAD: El producto y/o servicio se entregó en la fecha acordada. Cumple (X) No cumple ()			
CALIDAD: El producto y/o servicio cumple especificaciones técnicas y de Calidad. Cumple (X) No cumple ()			
AMBIENTAL: El producto y/o servicio cumple las especificaciones ambientales. Cumple () No cumple () No aplica (X)			
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: El producto y/o servicio cumple las especificaciones de SST. Cumple () No cumple () No aplica (X)			
La presente certificación se emite una vez realizado el seguimiento, verificación, vigilancia y control del cumplimiento de las obligaciones del contratista y las condiciones de pago establecidas en el contrato.			
Los servicios prestados, se recibieron a entera satisfacción y con el correspondiente certificado de aportes a la seguridad social y/o parafiscales.			
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:			
ANEXOS:			

LUIS GABRIEL JARAMILLO SEPÚLVEDA
 NOMBRE DEL SUPERVISOR
 71210429
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD
 DIRECTOR TÉCNICO DE BIENESTAR INSTITUCIONAL
 CARGO


 FIRMA DEL SUPERVISOR

Medellín, junio 24 de 2026

**La Suscrita Revisora Fiscal del
HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA
Nit. 811.016.192 – 8**

CERTIFICA

Que he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por el Hospital, en los conceptos de aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración del Hospital como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, modificado por la ley 828 de 2003, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

- a) 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).
- b) Obtención de las planillas de liquidación y pago de aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y a las cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cumpliendo con lo establecido en el decreto 1670 de 2007.
- c) Comparación del listado obtenido según se menciona en el literal anterior, con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la entidad, correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Con base en el resultado de los procedimientos enunciados anteriormente, certifico que el Hospital Alma Mater de Antioquia, se encuentra al día en el pago de sus aportes al sistema de seguridad social en salud hasta el mes de mayo de 2026, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales hasta el mes de abril de 2026.

Esta certificación se emite en la ciudad de Medellín a los veinticuatro (24) días del mes de junio de 2026, a solicitud del interesado, la cual es responsable de su distribución y no debe ser utilizada para ningún otro propósito ni remitido a otros terceros que no determine la administración.

Atentamente,


MARIELA MARÍA RÍOS ÁVILA

Revisora Fiscal

T.P. N° 43709-T

Designada por la firma GAG S.A.S.



(+57) (4) 4129604
(+57) 3128319915



info@grupoasesorengestion.com
www.grupoasesorengestion.com



Carrera 73 N° 45E-04
Edificio Castelfuerte II (Ofi 103)

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

473R4EB9F3FDBFDB

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 **MARIELA MARIA RIOS AVILA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 34998369 de MONTERIA (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 43709-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 14 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

43709-T

MARIELA MARIA
RÍOS AVILA

C.C. 34998369

RESOLUCION INSCRIPCION 046

UNIVERSIDAD DEL SINU



FECHA 29/06/95

Presidente

00051559

A-VOID NULA-VOID NULA-VOID NULA-VOID NULA-VOID
NULA-VOID NULA-VOID NULA-VOID NULA-VOID N

FIRMA DEL TITULAR

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

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educaci3n Nacional - Junta Central de
Contadores

000374

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.998.369**

RIOS AVILA

APELLIDOS

MARIELA MARIA

NOMBRES

Mariela Rios A

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1969**
SAN BERNARDO DEL VIENTO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

11-NOV-1987 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

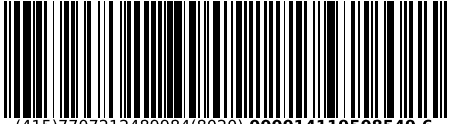


A-1303700-00285521-F-0034998369-20110325

0026288690A 1

36140388

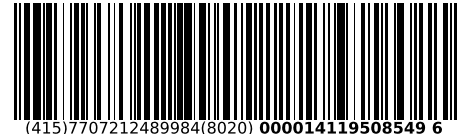
UNIDAD NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 2 de 7 Hoja 2		
			4. Número de formulario 141195085496		
 (415)7707212489984(8020) 000014119508549 6					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 1 1 0 1 6 1 9 2 8		6. DV 8		12. Dirección seccional Operativa de Grandes Contribuyentes	
				14. Buzón electrónico 3 1	
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza 1		63. Formas asociativas		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 1 3		70. Beneficio 2	
Constitución, Registro y Última Reforma			Composición del Capital		
Documento		1. Constitución		2. Reforma	
71. Clase 0 8		72. Número 1 5 6 6		73. Fecha 1 9 9 8, 1 2 0 4	
74. Número de notaría		75. Entidad de registro 0 4		76. Fecha de registro 1 9 9 8, 1 2 0 4	
77. No. Matrícula mercantil		78. Departamento 0 5		79. Ciudad/Municipio 0 0 1	
Vigencia		80. Desde 1 9 9 8, 1 2 0 4		81. Hasta 2 0 9 9, 1 2 3 1	
		82. Nacional 1 0 0 %		83. Nacional público 9 8 . 0 %	
		84. Nacional privado 2 . 0 %		85. Extranjero 0 %	
		86. Extranjero público 0 . 0 %		87. Extranjero privado 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	8 0	2 0 1 4, 0 1, 0 1		-	
2				-	
3				-	
4				-	
5				-	
Vinculación económica					
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	
				96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante					
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP					

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141195085496



(415)7707212489984(8020) 000014119508549 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 1 1 0 1 6 1 9 2

8

Operativa de Grandes Contribuyentes

3 1

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 5 0 5 0 9
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3	101. Número de identificación 7 1 6 2 2 8 5 2	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido GAVIRIA	105. Segundo apellido RIVERA	106. Primer nombre ELMER
107. Otros nombres DE JESUS	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal		
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 5 0 7 3 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 7 0 5 6 9 5 8 4	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido CAÑAS	105. Segundo apellido AGUDELO	106. Primer nombre JUAN
107. Otros nombres CARLOS	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal		
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación	
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141195085496



(415)7707212489984(8020) 000014119508549 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 1 1 0 1 6 1 9 2

8

Operativa de Grandes Contribuyentes

3 1

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

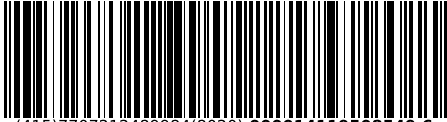
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 8 9 0 9 8 0 0 4 0	113. DV 8	114. Nacionalidad COLOMBIA	169
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 1 9 9 8 1 2 0 4	123. Fecha de retiro	

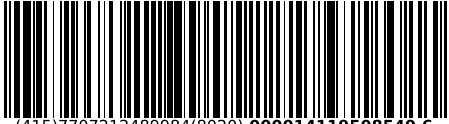
2	111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 8 1 1 0 0 4 6 5 9	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	169
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social FUNDACION UNIVERSIDAD DE ANTIOQUA				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 1 9 9 8 1 2 0 4	123. Fecha de retiro	

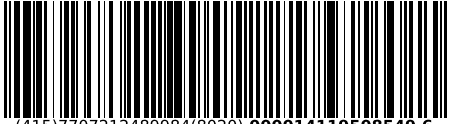
3	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

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	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 5 de 7 Hoja 5			
				4. Número de formulario 141195085496			
 (415)7707212489984(8020) 000014119508549 6							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 1 1 0 1 6 1 9 2		8		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		3 4 9 9 8 3 6 9		4 3 7 0 9 T		
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre		131. Otros nombres
	RIOS		AVILA		MARIELA		MARIA
Revisor fiscal principal	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		134. Sociedad o firma designada		
	8 1 1 0 4 5 3 6 5		9		GRUPO ASESOR EN GESTION S A S		
	135. Fecha de nombramiento		2 0 2 1 0 9 1 7				
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV 139. Número de tarjeta profesional		
	Cédula de Ciudadanía 1 3		7 1 7 5 1 5 6 6		7 7 1 2 0 T		
	140. Primer apellido		141. Segundo apellido		142. Primer nombre		143. Otros nombres
	GALLON		PEREZ		OSCAR		MAURICIO
Revisor fiscal suplente	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV		146. Sociedad o firma designada		
	8 1 1 0 4 5 3 6 5		9		GRUPO ASESOR EN GESTION S A S		
	147. Fecha de nombramiento		2 0 2 3 0 4 1 7				
Contador	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV 151. Número de tarjeta profesional		
	Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 3 7 6 0 2 7 7 8		0 2 5 8 7 7 1 T		
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre		155. Otros nombres
	GIL		JARAMILLO		LAURA		VICTORIA
Contador	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		158. Sociedad o firma designada		
	159. Fecha de nombramiento		2 0 2 3 1 2 1 1				

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 6 de 7 Hoja 6			
				4. Número de formulario 141195085496			
 (415)7707212489984(8020) 000014119508549 6							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 1 1 0 1 6 1 9 2				Operativa de Grandes Contribuyentes		3 1	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento Sede 0 9							
161. Actividad económica Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0							
162. Nombre del establecimiento SEDE PRINCIPAL HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA							
163. Departamento Antioquia 0 5							
164. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1							
165. Dirección CL 69 51 C 24							
166. Número de matrícula mercantil							
167. Fecha de la matrícula mercantil							
168. Teléfono 6 0 4 6 0 4 9 5 9 5							
169. Fecha de cierre							
160. Tipo de establecimiento Sede 0 9							
161. Actividad económica Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1							
162. Nombre del establecimiento SEDE AMBULATORIA 1 HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA							
163. Departamento Antioquia 0 5							
164. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1							
165. Dirección CR 51 A 62 42							
166. Número de matrícula mercantil							
167. Fecha de la matrícula mercantil							
168. Teléfono 6 0 4 4 4 4 7 0 8 5							
169. Fecha de cierre							
160. Tipo de establecimiento Sede 0 9							
161. Actividad económica Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1							
162. Nombre del establecimiento: SEDE AMBULATORIA 2 HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA							
163. Departamento Antioquia 0 5							
164. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1							
165. Dirección CL 62 52 59							
166. Número de matrícula mercantil							
167. Fecha de la matrícula mercantil							
168. Teléfono 6 0 4 2 1 9 6 4 0 2							
169. Fecha de cierre							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 7 de 7 Hoja 6			
				4. Número de formulario 141195085496			
				 (415)7707212489984(8020) 000014119508549 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 1 1 0 1 6 1 9 2				Operativa de Grandes Contribuyentes		3 1	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento Sede 0 9							
161. Actividad económica Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1							
162. Nombre del establecimiento SEDE AMBULATORIA 4 HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA							
163. Departamento Antioquia 0 5							
164. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1							
165. Dirección CL 64 51 D 154							
166. Número de matrícula mercantil							
167. Fecha de la matrícula mercantil							
168. Teléfono 6 0 4 2 1 9 2 4 0 5							
169. Fecha de cierre							
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							
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							