Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHamdoming ANYELA MARCELA DOMINGUEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora 2026-08-11-4:11 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	18926	**Fecha Registro:**	2026-08-11	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	4326	
Valor Inicial:	110.594.029,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	110.594.029,00	**Saldo x Ordenar:**	110.594.029,00	
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00				**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00	
Valor Deducciones:	0,00	**Valor Neto:**	110.594.029,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	1426	
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	559561	
TERCERO											
Identificacion:	890307200	**Razon Social:**	CLINICA IMBANACO SAS						**Medio de Pago:**	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	304001993	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA				**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa	
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	19926	**Tipo:**	Adquisicion de	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	MNB5908	**Tipo:**	FACTURA				**Fecha:**	2026-08-11			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	110.594.029,00	0,00	110.594.029,00	110.594.029,00

Objeto:	MNB5908-298-306-013-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2026-PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS CON PATOLOGÍAS

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2026-08-14	Generada	110.594.029,00

CT. JOHANNA ANDREA BOLAÑOS GUACA
ESPECIALISTA CONTABLE ESM-EMAVI

CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO ESM EMAVI

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	7
		Vigencia:	28-11-2024

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PARA PAGO N° 178

FECHA: sábado, 8 de agosto de 2026

La suscrita Coronel LUZ STELLA FRANCO YEPEZ Ordenadora del Gasto de la Escuela Militar de Aviación nombrado mediante Resolución No. 0937 del 18-NOV-2024 con novedad fiscal a partir del 07-ENE-2025; autoriza el pago y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo con lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aeroespacial Colombiana"

CONCEPTO	DESCRIPCION	
PROVEEDOR	CLINICA IMBANACO SAS	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	890307200	
No DOC. SOPORTE	013-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026	
VALOR TOTAL	**$**	**700.000.000,00**
VALOR A PAGAR	RECURSO 10: $	-
	RECURSO 16: $	110.594.029,00
VALOR LEGALIZACION / ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	N/A	
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	A-02-02-02-009-003-01	
NÚMERO DE LA ENTRADA DE BIEN Y/O SERVICIO SAP)	1002460782	5003970826
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500566682	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	AGOSTO	
BANCO	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	
TITULAR	CLINICA IMBANACO SAS	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	CORRIENTE	
NUMERO CUENTA	304001993	
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)		
TITULAR	N/A	
NIT/C.C	N/A	
BANCO	N/A	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	N/A	
NUMERO CUENTA	N/A	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
ORIGINAL	Certificación para pago Formato	1
DIGITAL	Registro presupuestal CRP, última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar.	N/A
DIGITAL	Los demás documentos que se hayan suscrito en el contrato y/o se requieran de acuerdo con la normatividad vigente.	15
TOTAL FOLIOS		**16**

En constancia de lo anterior firman:

ELABORO:
ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO
SEPLA ESM EMAVI

REVISÓ:
TC. LINA MARCELA NAVARRO ROMERO
JEFE ESM EMAVI

APROBÓ:
CR. LUZ STELLA FRANCO YEPEZ
ORDENADOR DEL GASTO EMAVI

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL	FECHA: 22/07/2026
CONTRATO N°	No. 013-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2026
FECHA SUSCRIPCIÓN	30-04-2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS EN AMBITOS DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DE INTERVENCIONISMO PROGRAMADOS, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y CONSULTA EXTERNA, DEL ESM 2782
FORMA DE PAGO	El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CTA PROG	SUBC SUBP	OBJG PROY	ORD SPRY	SUB-ORD	ITEM	SUB ITEM	REC	UNIDAD EJECUTORA 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN — DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL	CDP No.
02	02	02	009	03			16	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$700.000.000	1426 DEL 06/ENE/2026
CPA ESM 23-2026							TOTAL		$700.000.000	

El MDN pagara el Valor de SETECIENTOS MILLONES DE PESOS M.CTE ($700.000.000) M/CTE incluido impuestos y todos los costos asociados, de la siguiente forma:

No.	MES DEL PAGO	FECHA CORTE DE FACTURACIÓN	VALOR
1	PAC JULIO	31 DE MAYO DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
2	PAC AGOSTO	30 DE JUNIO DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
3	PAC SEPTIEMBRE	31 DE JULIO DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
4	PAC OCTUBRE	31 DE AGOSTO DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
5	PAC NOVIEMRE	30 DE SEPTIEMBRE DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
6	PAC DICIEMBRE	31 DE OCTUBRE DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
7	PAC DICIEMBRE Y/O CXP PRIMER TRIMESTRE 2027	30 NOVIEMBRE DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN
8	PAC DICIEMBRE Y/O CXP PRIMER TRIMESTRE 2027	21 DE DICIEMBRE DE 2026	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS EJECUTADOS Y RECIBOS A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR A LA FECHA DE CORTE DE FACTURACIÓN

Notas:

El pago al Contratista se realizará previa presentación de la facturación, el acta de recibo a satisfacción suscrito por el Supervisor del Contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar. Por lo tanto, la Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al Contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el Contrato.

1. Para la realización de los pagos por parte del Ministerio de Defensa – Fuerza Aeroespacial Colombiana se requiere la acreditación, por parte del revisor fiscal o del representante legal (según aplique), de que el contratista se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, cuando a ello haya lugar, dentro de los últimos seis (06) meses.

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

	2. Cuando de conformidad con lo establecido en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, las personas jurídicas o las personas naturales empleadoras se encuentren exentas de realizar los aportes al SENA e ICBF deberán presentar certificación en donde se manifieste dicha situación la cual se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento. 3. La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia. 4. El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. 5. El Ministerio pagará al contratista el valor de la factura, siempre y cuando se encuentre correctamente publicada en la plataforma SECOP II, así mismo, para efectos del pago, se deberá cumplir lo dispuesto en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 y la Directiva 020 del 12 de abril de 2021 expedida por SIIF nación y el Ministerio de Hacienda, con respecto a la facturación electrónica. 6. Para los pagos, que por fecha de corte no alcancé a prestarse el tiempo completo correspondiente a un (1) mes o treinta (30) días, se cancelará lo proporcional a los días efectivamente ejecutados con la prestación del servicio. La forma de pago establecida no será obstáculo para que, una vez cumplida la entrega a satisfacción, EL MINISTERIO pueda efectuar el pago con anterioridad, si llegare a existir disponibilidad de recursos en el PAC y así lo acepta EL CONTRATISTA. El desembolso se efectuará, previo el cumplimiento de los trámites administrativos, sin necesidad de modificar el presente contrato y mediante decisión unilateral del MINISTERIO. En todo caso, el pago del valor del contrato se subordina a las apropiaciones y disponibilidades presupuestales de la vigencia fiscal 2026. PARÁGRAFO PRIMERO: DERECHOS E IMPUESTOS todos aquellos relacionados en el PLIEGO y documentos anexos del proceso. El contratista deberá cubrir todos los gravámenes nacionales, departamentales y municipales en los cuales el contrato suscrito se constituya en hecho generador, sin que tenga derecho a exigir compensación diferente al pago de los precios estipulados en el contrato. El contratista autoriza a la Escuela Militar de Aviación para que por conducto de su Departamento Financiero efectúe del pago a su favor de las deducciones por concepto de gravámenes, ordenanza y legales que se llegasen a presentar.
CONTRATISTA	CLINICA IMBANACO S.A.S.
INTERVENTOR	N/A
SUPERVISOR	MY. JORGE ELIECER RIVERA ALVAREZ
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 700.000.000 [SETECIENTOS MILLONES DE PESOS]
PLAZO DE ENTREGA	Dia: 21 Mes: 12 Año: 2026 y/o hasta agotar los recursos asignados, lo que ocurra primero.
FECHA DE INICIO	06 mayo 2026
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	N/A
OBJETO DEL CONTRATO	N/A
FORMA DE PAGO	N/A
PLAZO DE ENTREGA	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A

En la ciudad de Cali, Valle del Cauca, el día 22 del mes de julio de 2026, se reunieron el señor Mayor Jorge Eliecer Rivera Alvarez, en su calidad de supervisor suplente por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC** y el señor Andrés Fernández Morales Representante Legal suplente de la Clínica IMBANACO S.A.S en su calidad de CONTRATISTA; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes al objeto contractual descrito en la cláusula primera del citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a los bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y las

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

entregas se cumplieron dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES
1. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN LAS FACTURAS RADICADAS Y TRAMITADAS A PAGO FINAL DE LAS CUALES YA CUENTAN CON CONCEPTO DE AUDITORIA FAVORABLE PARA PAGO, SUMANDO UN VALOR TOTAL A PAGAR DE: **$110.594.029** PESOS, LA CANTIDAD DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS DE MANERA INTEGRAL DENTRO DE LOS SOPORTES REVISADOS POR AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS A LA HORA DE EXPEDIR LOS CONCEPTOS DE AUDITORIA:
2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y CONTROL POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	
3. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
4.MONOTERAPIAS Y POLITERAPIAS	
5. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	
6. CONSULTA DE PRIMER VEZ Y CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
7. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ONCOLOGICA	
8. TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC] CON 18-FLUOR	
9. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	
10. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	
11. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	
12. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN	

FACTURA	VALOR A PAGAR
IUD92025	$ 1.005.188,00
QAA6018	$ 203.900,00
QAA6055	$ 114.800,00
QAA6078	$ 147.600,00
QAB5112	$ 1.699.100,00
QAB5113	$ 9.834.622,00
QTA14591	$ 1.699.100,00
QTA14592	$ 8.359.312,00
QTA14593	$ 976.600,00
MNA1831	$ 6.108.400,00
QAA6086	$ 147.900,00
IRC146251	$ 3.101.772,00
QAA6081	$ 147.900,00

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

ONCOLOGIA	
13.GAMAGRAFIA OSEA	
14. CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	
15. CIRUGIA MICROGRAFICA POR CORTE DE MOHS	
16. ECOGRAFIAS	
17. CURACION Y SELLADO DEL CATETER PICC (PACIENTE AMBULATORIO)	
18. TOMOGRAFIAS	
19. INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS)	
20. INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (SIN ANESTESIA)	
21. RESONANCIAS	
22. SE REALIZA VERIFICACIÓN DE FACTURAS, SERVICIOS, COSTOS Y POSIBLES GLOSAS SOPORTADO EN LOS FORMATOS DE AUDITORIA FIRMADOS POR LA AUDITORIA DEL ESM EMAVI MARTHA LUCIA ESPITIA DE LOS CUALES SE DECRIBEN: -CONCEPTO DE AUDITORIA 298 DEL 26 DE JUNIO 2026 POR UN VALOR A PAGAR DE: $33.546.194 -CONCEPTO DE AUDITORIA 306 DEL 09 DE JULIO 2026 POR UN VALOR A PAGAR DE: $77.047.835	

FACTURA	VALOR A PAGAR
MNB5908	$ 40.944.380,00
QAA5753	$ 124.800,00
QTA14697	$ 131.200,00
QTC26591	$ 125.700,00
HTD24530	$ 11.819.834,00
MNB5999	$ 1.054.300,00
QAB5163	$ 203.900,00
QTA14398	$ 147.600,00
QTA14405	$ 143.100,00
QTA14428	$ 3.451.800,00
QTA14520	$ 2.666.806,00

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

QTC26667	$ 131.200,00
QTC26676	$ 131.200,00
IRC146477	$ 1.622.872,00
IUB94613	$ 1.331.900,00
QAA5794	$ 143.100,00
QAA6201	$ 143.100,00
QAA6228	$ 147.600,00
FCE58841	$ 143.100,00
IHJ24293	$ 6.108.400,00
QAA5730	$ 131.200,00
QAA6126	$ 83.650,00
QAA6221	$ 3.451.800,00
QAB4992	$ 143.100,00
QAB5236	$ 131.200,00
QTA14366	$ 143.100,00
QTA14525	$ 876.800,00
QTA14776	$ 147.600,00
UI491092	$ 527.993,00
QAA6364	$ 147.900,00

FACTURA	VALOR A PAGAR
QAB5257	$ 147.600,00
QAB5280	$ 143.100,00
QTA14843	$ 125.700,00
QTA14861	$ 131.200,00

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS O BIENES
NO APLICA

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 700.000.000	
ADICIÓN	N/A	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 700.000.000	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL	$ 101.686.112	De acuerdo a conceptos de auditoria 253, 260, 269, 278 y acta de conciliación 254c. OBLIGACIÓN: 14926 ORDEN DE PAGO: 268160826 FECHA DE PAGO: 16 JULIO 2026
SEGUNDO PAGO PARCIAL	$ 110.594.029	De acuerdo a conceptos de auditoria 298 y 306
SALDO	$ 487.719.859	

ANEXOS

NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS OBJETO DE VERIFICACIÓN	ANEXO
COPIA	Factura electrónica (PDF)	X
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	N/A
COPIA	PERSONA JURÍDICA - Certificación de aportes de seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y adjuntar recibo de la planilla de pago	X
COPIA	PERSONA NATURAL - Planilla de pago de seguridad social	N/A
COPIA	Captura de pantalla de la aprobación en el Sistema SIIF de la facturación	X
COPIA	Los demás documentos que apliquen	X

Docusign Envelope ID: 902E49ED-9F88-87BA-820D-521EECCF7EA8

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON	
Firmado por: Andres Fernandez 513590A65D07481 ANDRES FERNANDEZ MORALES REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE CLINICA IMBANACO S.A.S	J RIVERA MY. JORGE ELIECER RIVERA ALVAREZ SUPERVISOR SUPLENTE DE CONTRATO

ELABORO: MY. JORGE ELIECER RIVERA ALVAREZ

DS Inicial Inicial Inicial Inicial

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL	Versión No:	4
		Vigencia:	18/11/2024

Jefatura o Unidad:	**EMAVI**
Nombre del Supervisor de Contrato	**MY. JORGE ELIECER RIVERA ALVAREZ**
Ordenador del Gasto	**EMAVI**
No. Contrato	**No. 013-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2026**
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS CON PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS EN AMBITOS DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DE INTERVENCIONISMO PROGRAMADOS, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y CONSULTA EXTERNA, DEL ESM 2782**
Valor inicial del contrato	**$ 700.000.000,00**
Adición	**$ 0,00**
Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 700.000.000,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)		**USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)**	**DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL**	**DESCRIPCIÓN**	**VALOR APROPIACION POR RUBRO**
	RECURSO				
02-02-02-009-03-01	16	N/A	Servicios de Salud Humana	Servicios de Salud Humana	**$ 700.000.000,00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 700.000.000,00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 700.000.000,00**
			Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)		**$ 0,00**

No. PAGO	**MES DE PAGO**	**MES AMORTIZACIÓN O LEGALIZACIÓN**	**DETALLE DEL PAGO**	**RUBRO**	**USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)**	**DESCRIPCION**	**VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO**	**VALOR TOTAL PARA PAGO**	**SALDOS**
1	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-03-01-16	N/A	Servicios de Salud Humana	$ 101.686.112,00	$ 101.686.112,00	$ 598.313.888,00
2	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	02-02-02-009-03-01-16	N/A	Servicios de Salud Humana	$ 110.594.029,00	$ 110.594.029,00	$ 487.719.859,00
TOTALES							**$ 212.280.141,00**	**$ 212.280.141,00**	**$ 487.719.859,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	JRIVERA
POSTFIRMA	MY. JORGE ELIECER RIVERA ALVAREZ
FECHA	22/07/2026

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 890307200	5	CLINICA IMBANACO S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 38A 5A 100	CALI-VALLE	6821000	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-05	281539950	9504108789	E	2026/05/05	2026/05/05	BANCOLOMBIA	0	$3,668,200,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				2,798	$2,092,454,800	$0	$0	$2,092,454,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	149	$170,309,600	$0	$0	$170,309,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1,276	$1,099,322,800	$0	$0	$1,099,322,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	915	$530,158,200	$0	$0	$530,158,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	449	$272,888,300	$0	$0	$272,888,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	9	$19,775,900	$0	$0	$19,775,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2,819	$288,487,000	$0	$0	$288,487,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2,819	$288,487,000	$0	$0	$288,487,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2,819	$490,907,300	$0	$0	$490,907,300
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	2,819	$490,907,300	$0	$0	$490,907,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 15)				2,819	$688,797,400	$0	$0	$688,797,400
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	6	$536,900	$0	$0	$536,900
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	10	$559,500	$0	$0	$559,500
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	184	$33,546,800	$0	$0	$33,546,800
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	7	$1,502,500	$0	$0	$1,502,500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	19	$1,587,500	$0	$0	$1,587,500
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	27	$2,183,100	$0	$0	$2,183,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1,232	$364,886,600	$0	$0	$364,886,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$3,147,000	$0	$0	$3,147,000
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$111,200	$0	$0	$111,200
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	3	$329,500	$0	$0	$329,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	161	$27,811,800	$0	$0	$27,811,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	7	$483,800	$0	$0	$483,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	241	$50,087,400	$0	$0	$50,087,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	131	$32,507,500	$0	$0	$32,507,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	785	$169,516,300	$0	$0	$169,516,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				126	$64,530,600	$0	$0	$64,530,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	126	$64,530,600	$0	$0	$64,530,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				126	$43,023,400	$0	$0	$43,023,400
SENA	PASENA	899,999,034	1	126	$43,023,400	$0	$0	$43,023,400
TOTAL				2819	$3,668,200,500	$0	$0	$3,668,200,500

2026/05/06 04:52 PM

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 890307200	5	CLINICA IMBANACO S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 38A 5A 100	CALI-VALLE	6821000	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-06	357303238	9505826765	E	2026/06/02	2026/06/02	BANCO DE BOGOTA	0	$3,706,616,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				2,780	$2,110,069,600	$0	$0	$2,110,069,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	147	$175,536,500	$0	$0	$175,536,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1,286	$1,128,280,700	$0	$0	$1,128,280,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	903	$518,210,400	$0	$0	$518,210,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	436	$270,329,000	$0	$0	$270,329,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	8	$17,713,000	$0	$0	$17,713,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2,800	$292,235,600	$0	$0	$292,235,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2,800	$292,235,600	$0	$0	$292,235,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2,800	$496,337,400	$0	$0	$496,337,400
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	2,800	$496,337,400	$0	$0	$496,337,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 15)				2,800	$697,616,700	$0	$0	$697,616,700
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	7	$602,400	$0	$0	$602,400
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	7	$461,600	$0	$0	$461,600
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	180	$32,749,200	$0	$0	$32,749,200
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	7	$1,513,100	$0	$0	$1,513,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	22	$1,832,100	$0	$0	$1,832,100
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	28	$2,254,900	$0	$0	$2,254,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1,230	$373,021,800	$0	$0	$373,021,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$3,047,200	$0	$0	$3,047,200
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$109,100	$0	$0	$109,100
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	3	$238,800	$0	$0	$238,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	154	$27,431,800	$0	$0	$27,431,800
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	5	$359,500	$0	$0	$359,500
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	238	$49,158,400	$0	$0	$49,158,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	128	$31,931,700	$0	$0	$31,931,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	785	$172,905,100	$0	$0	$172,905,100
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				127	$66,212,100	$0	$0	$66,212,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	127	$66,212,100	$0	$0	$66,212,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				127	$44,144,900	$0	$0	$44,144,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	127	$44,144,900	$0	$0	$44,144,900
TOTAL				**2800**	**$3,706,616,300**	**$0**	**$0**	**$3,706,616,300**

2026/06/02 07:46 AM

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 890307200	5	CLINICA IMBANACO S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 38A 5A 100	CALI-VALLE	6821000	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	441619308	9507261426	E	2026/07/02	2026/07/02	BANCO DE BOGOTA	0	$3,606,569,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				2,728	$2,066,116,200	$0	$0	$2,066,116,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	143	$172,177,200	$0	$0	$172,177,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1,268	$1,102,595,000	$0	$0	$1,102,595,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	882	$502,519,500	$0	$0	$502,519,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	428	$271,048,400	$0	$0	$271,048,400
SKANDIA	230901	800,253,055	2	7	$17,776,100	$0	$0	$17,776,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2,747	$278,969,700	$0	$0	$278,969,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2,747	$278,969,700	$0	$0	$278,969,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2,747	$481,281,400	$0	$0	$481,281,400
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	2,747	$481,281,400	$0	$0	$481,281,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 15)				2,747	$675,583,700	$0	$0	$675,583,700
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	7	$618,900	$0	$0	$618,900
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	6	$436,100	$0	$0	$436,100
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	178	$31,655,300	$0	$0	$31,655,300
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	8	$1,500,200	$0	$0	$1,500,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	16	$1,076,500	$0	$0	$1,076,500
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	27	$2,186,400	$0	$0	$2,186,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1,219	$359,812,100	$0	$0	$359,812,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$3,697,600	$0	$0	$3,697,600
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$122,000	$0	$0	$122,000
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	4	$320,300	$0	$0	$320,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	145	$26,319,600	$0	$0	$26,319,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$316,300	$0	$0	$316,300
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	232	$48,188,800	$0	$0	$48,188,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	122	$31,333,900	$0	$0	$31,333,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	773	$167,999,700	$0	$0	$167,999,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				122	$62,769,900	$0	$0	$62,769,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	122	$62,769,900	$0	$0	$62,769,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				122	$41,848,900	$0	$0	$41,848,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	122	$41,848,900	$0	$0	$41,848,900
TOTAL				2747	$3,606,569,800	$0	$0	$3,606,569,800

2026/07/07 08:30 AM

Informe del Revisor Fiscal

A la Administración de Clínica Imbanaco S. A. S.

17 de julio de 2026

En mi calidad de Revisor Fiscal de Clínica Imbanaco S. A. S., identificada con NIT. 890.307.200-5, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Clínica 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 semestre comprendido entre el mes de enero de 2026 y el mes de junio de 2026. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Clínica 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 Clínica para el semestre comprendido entre el mes de enero de 2026 y el mes de junio 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 Clínica.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que, durante el semestre comprendido entre el mes de enero de 2026 y el mes de junio de 2026, la Clínica 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 Clínica, 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,



Olga Lucía Bermúdez Rodríguez
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 182424-T

PwC Contadores y Auditores S.A.S.,
Centro Empresarial Carvajal, Calle 35 Nte N°6A Bis – 100,
Cali, Colombia. Tel: (60-2) 4859111

©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

Informe del Revisor Fiscal

A la Administración de Clínica Imbanaco S. A. S.

17 de julio de 2026

En mi calidad de Revisor Fiscal de Clínica Imbanaco S. A. S., identificada con NIT. 890.307.200-5, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Clínica 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 junio de 2026. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Clínica 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 Clínica para el mes de junio 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 Clínica.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que, durante el mes de junio de 2026, la Clínica 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 Clínica, 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,



Olga Lucía Bermúdez Rodríguez
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 182424-T

PwC Contadores y Auditores S.A.S.,
Centro Empresarial Carvajal, Calle 35 Nte N°6A Bis – 100,
Cali, Colombia. Tel: (60-2) 4859111

©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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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
CLINICA IMBANACO SAS

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
CR 38 BIS 5 B 2 04

42. Correo electrónico Diana.gonzalezH@quironsalud.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 6 0 0 4 2	6 0 2 3 8 2 1 0 0 0	6 0 2 5 1 8 6 0 0 0

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 1 0	1 9 7 2 1 2 0 5						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	3	5	7	8	9	1 0	1 3	1 4	1 5	1 6	1 8	1 9	2 6	4 1	4 2	4 8	5 2	5 5	5 9								

03- Impuesto al patrimonio	14- Informante de exogena	42- Obligado a llevar contabilidad
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar	15- Autorretenedor	48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
07- Retención en la fuente a título de rent	16- Obligación facturar por ingresos bienes	52 - Facturador electrónico
08- Retención timbre nacional	18- Precios de transferencia	55 - Informante de Beneficiarios Finales
09- Retención en la fuente en el impuesto	19- Productor de bienes y/o servicios exen	59 - Autorretención especial renta
10- Obligado aduanero	26- Declaración individual precios de tran	
13- Gran contribuyente	41- Declaración anual de activos en el exte	

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

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
2	3	57. Modo	3	2	2
		58. CPC	9 3	8 1	9 2

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 RODRIGUEZ GOMEZ ANDRES

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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 5
72. Número	4 4 0 5	1 0 3
73. Fecha	1 9 7 2 1 2 0 5	2 0 2 3 0 6 2 3
74. Número de notaría	3	1
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 7 3 0 1 0 9	2 0 2 3 0 8 1 8
77. No. Matrícula mercantil	1 6 0 2 5 - 4	1 6 0 2 5 - 4
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	8	8
Vigencia		
80. Desde	1 9 7 2 1 2 0 5	2 0 2 3 0 8 1 8
81. Hasta	2 1 2 2 0 5 2 4	2 1 2 2 0 5 2 4

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	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 5 0 1 0 1		-
2	2 1	1 9 8 4 1 2 3 1		-
3	7 4	2 0 1 8 1 1 3 0	8 9 0 3 2 1 1 5 1	- 0
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.
2	QUIRON SALUD - ESPAÑA	8 7 6 9 0 9 2 1	

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante: HELIOS HEALTHCARE SPAIN S.L

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP
87690921	ESPAÑA 2 4 5	

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

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 8 5 5 4 0 7 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
HERRERA	ESCANDON	CAROLINA	

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 4 0 4 0 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 6 7 5 2 4 5 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RODRIGUEZ	GOMEZ	ANDRES	

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

3

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

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

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

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: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	1 6 6 0 6 3 7 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
REYES	SOLARTE	ANTONIO	JOSE

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

2

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ORTIZ	LIZCANO	EDGAR	IVAN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 6 8 2 0 5 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PALACIO	VILLEGAS	JULIO	CESAR

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 8

4

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
STANGL	HERRERA	WILLY	PAUL

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

5

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

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SALGADO	TOVAR	CARLOS	ENRIQUE

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 5 2 3	2 0 2 0 0 6 1 6

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1	

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

	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
1	Cédula de Ciudada 1 3	6 0 5 3 5 3 4		COLOMBIA 1 6 9	LEVY	LEWIN	WOLGANG	ARNOLDO				2014/05/23	2017/03/28
2	Cédula de Ciudada 1 3	1 6 5 8 4 3 8 1		COLOMBIA 1 6 9	CAMACHO	MAFLA	RAFAEL	ALBERTO				2014/05/23	2020/06/16
3	Cédula de Ciudada 1 3	7 3 0 7 1 1 8 0		COLOMBIA 1 6 9	BENEDETTI	JIMENEZ	FERNANDO	GABRIEL				2014/05/23	2017/03/28
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 7 4 6 9 9		COLOMBIA 1 6 9	VILLAMIZAR	BELTRAN	PEDRO	JOSE				2014/05/23	2020/06/16
5	Cédula de Ciudadan 1 3	1 4 9 8 4 9 8 0		COLOMBIA 1 6 9	RUBIANO	LOZANO	GUSTAVO					2014/05/23	2017/03/28

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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
NIT 3 1	1 6 7 0 1 5 4 7	3	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GONZALEZ	HERRADA	CARLOS	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	1 6 6 4 3 9 8 4	1	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GIL	OSORIO	EDUARDO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	1 4 8 7 5 3 5 4	8	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CASTRO	CASTRO	LUIS	FERNANDO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT 3 1	5 1 5 9 3 0 4 9	1	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SANCHEZ	CIFUENTES	NORA	BEATRIZ

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 7 0 3 2 8	2 0 2 0 0 6 1 6

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Extranjer 2 2	9 7 0 7 9 3		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BARTOLOME	GARCIA	GONZALO	

119. Razón social

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

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	P A K 5 6 6 9 3 5		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CIRIA	SUAREZ	HECTOR	

119. Razón social

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

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Pasaporte 4 1	P A K 6 1 3 9 2 9		ESPAÑA 2 4 5

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MASCARO	SERVERA	MIGUEL	

119. Razón social

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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 3 0 6 1 9 7 6 4	1	1 8 2 4 2 4 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
BERMUDEZ	RODRIGUEZ	OLGA	LUCIA

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 0 1 2 1 1

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 1 4 8 2 8 6 7 0	4	3 1 2 5 6 0 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
SANCHEZ	MUÑOZ	JEINNER	

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 3 1 1 2 4

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 8 6 0 3 4 2 6	0	1 2 1 1 9 1 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GONZALEZ	HENAO	DIANA	PATRICIA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 1 0 6 0 1

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección: CR 38 A 5 A 100

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD ONCOLOGICA IMBANACO

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

165. Dirección: CR 38 A 5 A 76

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE 02 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección: CR 38 A 5 A 109 T B

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento
SEDE 15 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CL 5 B 5 38 A 64

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento
SEDE 04 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CR 38 A 5 A 76 P 1

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento:
SEDE 08 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CR 38 A 5 A 50

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento
SEDE 09 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CL 36 NORTE 6 A 65 P 7

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento
SEDE 18 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CL 15 A 103 20

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento:
SEDE 11 CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CL 5 B 5 38 A 24

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

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento
SEDE 12 CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

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

165. Dirección
CL 5 C 39 33

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento
SEDE 14 CLINICA IMBANACO S.A.S ALTA COMPLEJIDAD

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

165. Dirección
CL 5 38 B 105

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0

162. Nombre del establecimiento:
SEDE 13 INSTITUTO DE CANCER

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

165. Dirección
CL 5 B 38 A 78

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento
CLINICA IMBANACO S.A.S. SEDE PRINCIPAL

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

165. Dirección
CR 38 BIS 5 B 2 04

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

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento
SEDE SATELITE UNICO YUMBO CLINICA IMBANACO S.A.S

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Yumbo 8 9 2	

165. Dirección
CL 15 5 30 CC UNICO LC 11

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 9 8 5 2 2	2 0 2 0 1 0 2 2
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento:
SEDE SATELITE UNICO CALI CLINICA IMBANACO S.A.S

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

165. Dirección
CL 52 3 29 CC UNICO 2 LC 409

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 9 9 3 9 7	2 0 2 0 1 0 2 9
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141227046021

(415)7707212489984(8020) 000014122704602 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 3 0 7 2 0 0	5	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	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE RIO LILY

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

165. Dirección: CR 103 15 A 18

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

2

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	

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	

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cuenta por pagar – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHcaguirre	CRISTIAN CAMILO AGUIRRE MORENO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	8/08/2026 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	19926	**Fecha Registro:**	2026-08-08	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas NO Declarantes	**Nro. Compromiso:**	4326	**Nro. Cdp:**	1426	
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00	
Valor Antes del Iva:	110.594.029,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	110.594.029,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00	
TERCERO								
Identificación:	890307200	**Razón Social:**	CLINICA IMBANACO SAS					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	298 - 306	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-08-08

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	298 - 306 SERVICIOS DE SALUD HUMANA

ST. AGUIRRE MORENO CRISTIAN CAMILO

ESPECIALISTA PLANEACION ESTRATEGICA Y PRESUPUESTAL