Obligación Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHjgalvism James Galvis Marulanda
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE
Fecha y Hora Sistema: 19/08/2026 12:00:00 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	20626	**Fecha Registro:**	2026-08-19	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requier**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**		3826
Valor Inicial:	19.835.613,0	**Valor Total Operaciones:**				0,00	**Valor Actual:**	19.835.613,00	**Saldo x Ordenar:**		19.835.613,00
Valor Inicial Moneda	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda**				0,00	**Valor Actual**	0,00	**Saldo x Ordenar**		0,00
Valor Deducciones:	396.712,00	**Valor Neto:**				19.438.901,00	**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**		2526
Valor Deducciones	0,00	**Valor Neto Moneda:**				0,00	**Atributo**	05-NINGUNO	**Comprobante**		578462
TERCERO											
Identificacion:	805016107	**Razon Social:**	CLINICA BASILIA S.A.S.						**Medio de Pago:**		Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA											
Numero:	3784396888	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.				**Tipo:**	Corriente	**Estado:**		Activa
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	20126	**Tipo:**	Adquisicion de	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	FE44319	**Tipo:**	FACTURA				**Fecha:**	2026-08-19			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA	VALOR INICIAL	VALOR	VALOR ACTUAL	SALDO X
15-01-11-100 ESM	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS	Nación	16	SSF	05-					
						Total:	19.835.613,00	0,00	19.835.613,00	19.835.613,00

Objeto:	FE44319-007-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2026-PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE

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	2026-08-24	Generada	19.835.613,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR	SALDO
2-01-04-01-04-04 RETEFUENTE-SERVICIOS EN GENERAL-SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	19.835.613,00	2,000 %	396.712,00	396.712,00

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° 180

FECHA: miércoles, 19 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 BASILIA S.A.S.	
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT	
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	805016107	
No DOC. SOPORTE	007-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026	
VALOR TOTAL	**$**	**220.000.000,00**
VALOR A PAGAR	*RECURSO 10:* $	-
	RECURSO 16: $	19.835.613,00
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)	1002465430	5003978039
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	3500568424	
VIGENCIA	ACTUAL	
PAC MES	AGOSTO	
BANCO	BANCOLOMBIA S.A.	
TITULAR	CLINICA BASILIA S.A.S.	
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	CORRIENTE	
NUMERO CUENTA	37843968889	
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.	8
TOTAL FOLIOS		**9**

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

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GH-JEFSA-FR-049
	ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS JEFATURA SALUD FAC	Versión N°:	06
		Vigencia:	10-12-2024

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (ESPECIFICAR SI ES PARCIAL O TOTAL)	**FECHA 18/08/2026**
CONTRATO N°	*No. 007-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2026*
FECHA SUSCRIPCIÓN	*10 DE ABRIL DE 2026*
OBJETO DEL CONTRATO	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS PSICOPATOLÓGICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DEL ESM EMAVI*
FORMA DE PAGO	*LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN – EMAVI pagará al contratista el valor de hasta DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00) M/CTE., incluidos todos los costos asociados, discriminados para el efecto como a continuación se indica:*

FECHA CORTE DE FACTURACION	MES DEL PAGO	VALOR MENSUAL
MARZO 31	PAC MAYO	DE ACUERDO CON FACTURACION Y RECIBO A SATISFACCION POR PARTE DEL SUPERVICOS A LA FECHA DE CORTE
ABRIL 30	PAC JUNIO	
MAYO 31	PAC JULIO	
JULIO 30	PAC AGOSTO	
JULIO 31	PAC SEPTIEMBRE	
AGOSTO 31	PAC OCTUBRE	
SEPTIEMBRE 30	PAC NOVIEMBRE	
OCTUBRE 31	PAC DICIEMBRE	
NOVIEMBRE 30	PAC DICIEMBRE Y/O CXP PRIMER TRIMESTE 2027	
DICIEMBRE 21	PAC DICIEMBRE Y/O CXP PRIMER TRIMESTE 2027	

CONTRATISTA	*CLINICA BASILIA S.A.S.*
INTERVENTOR	*NO APLICA*
SUPERVISOR	*MY. CORTES ZAMORA LUZ HELENA*
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	*$ 200.000.000 [DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS]*
PLAZO DE ENTREGA	*21 DE DICIEMBRE DE 2026*
FECHA DE INICIO	*20/04/2026*
FECHA DE SUSPENSIÓN	*NO APLICA*
FECHA DE REINICIACIÓN	*NO APLICA*
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	*06/08/2026*
OBJETO DEL CONTRATO	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS PSICOPATOLÓGICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE DEL ESM EMAVI*
FORMA DE PAGO	*LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN – EMAVI pagará al contratista el valor de hasta DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00) M/CTE., incluidos todos los costos asociados, discriminados para el efecto como a continuación se indica:*

	<table><tr><th>FECHA CORTE DE FACTURACION</th><th>MES DEL PAGO</th><th>VALOR MENSUAL</th></tr><tr><td>MARZO 31</td><td>PAC MAYO</td><td rowspan="10">DE ACUERDO CON FACTURACION Y RECIBO A SATISFACCION POR PARTE DEL SUPERVICOS A LA FECHA DE CORTE</td></tr><tr><td>ABRIL 30</td><td>PAC JUNIO</td></tr><tr><td>MAYO 31</td><td>PAC JULIO</td></tr><tr><td>JULIO 30</td><td>PAC AGOSTO</td></tr><tr><td>JULIO 31</td><td>PAC SEPTIEMBRE</td></tr><tr><td>AGOSTO 31</td><td>PAC OCTUBRE</td></tr><tr><td>SEPTIEMBRE 30</td><td>PAC NOVIEMBRE</td></tr><tr><td>OCTUBRE 31</td><td>PAC DICIEMBRE</td></tr><tr><td>NOVIEMBRE 30</td><td>PAC DICIEMBRE Y/O CXP PRIMER TRIMESTE 2027</td></tr><tr><td>DICIEMBRE 21</td><td>PAC DICIEMBRE Y/O CXP PRIMER TRIMESTE 2027</td></tr></table>
PLAZO DE ENTREGA	*21 DE DICIEMBRE DE 2026*
VALOR FINAL DEL CONTRATO	*$ 220.000.000 [DOSCIENTOS VEINTE MILLONES DE PESOS]*

En Cali- Valle del Cauca, el día 18 de Agosto del 2026 se reunieron la señora My. CORTES ZAMORA LUZ HELENA, en su calidad de supervisor por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – JEFATURA SALUD FAC-ESCUELA MILITAR DE AVIACION** *y la señora SEVERO ALBERTO CONDE en su calidad de CONTRATISTA –* **CLINICA BASILIA S.A.S***; 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. Prestación de servicios en atención integral de salud mental y atención de pacientes con diagnóstico de entidades nosológicas psicopatológicas para los usuarios del subsistema de salud del ESM EMAVI*

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
NO APLICA	*NO APLICA*	*NO APLICA*

DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
NO APLICA	*NO APLICA*	*NO APLICA*

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES

CONCEPTO AUDITORIA	N. FACTURA	FECHA	DOCUMENTO PTE	VALOR	AUDITOR
365	FE44319	31/07/2026	1116156662	$ 13,329,415	OPS ADRIANA REBOLLEDO CORREA
	FE44308	31/07/2026	31602178	$ 6,506,198	
			TOTAL RAS 4	**$ 19,835,613**	

FACTURAS DE ACUERDO A CUADRO DE AUDITORIA 365, 02 FACTURAS RELACIONADAS

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
NO APLICA	*NO APLICA*	*NO APLICA*

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	*$200.000.000*	
ADICIÓN	*$20.000.000*	
VALOR FINAL CONTRATO	*$220.000.000*	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	*NO APLICA*	
PRIMER PAGO PARCIAL	*$19.880.148*	*De acuerdo a los cuadros de auditoria 282, 287*
SEGUNDO PAGO PARCIAL	*$26.503.059*	*De* acuerdo a cuadro de auditoria 305
TERCER PAGO PARCIAL	*$17.060.751*	*De acuerdo a los cuadros de auditoria 297, 310*
CUARTO PAGO PARCIAL	*$19.835.613*	*De acuerdo a los cuadros de auditoria 365*
SALDO	*$ 136.720.429*	

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)*	
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*	

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

SEVERO CONDE -REPRESENTANTE LEGAL *cédula de ciudadanía No. C.C. 16609011* *CLINICA BASILIA S.A.S CONTRATISTA*	*MY. CORTES ZAMORA LUZ HELENA* *SUPERVISOR CONTRATO*

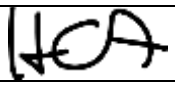
ELABORO:
MY. CORTES ZAMORA LUZ HELENA

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

Jefatura o Unidad:	**EMAVI**
Nombre del Supervisor de Contrato	**MY. CORTES ZAMORA LUZ HELENA**
Ordenador del Gasto	**EMAVI**
No. Contrato	**No. 007-00-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM2782-2026**
Objeto del contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS PSICOPATOLÓGICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DEL ESM EMAVI**
Valor inicial del contrato	**$ 200,000,000.00**
Adición	**$ 20,000,000.00**
Reducción	**$ 0.00**
Valor final del contrato	**$ 220,000,000.00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN (Funcionamiento USO PRESUPUESTAL) (Inversión PROYECTO DE INVERSIÓN)	RECURSO	USO PRESUPUESTAL (solo para recurso 11)	DESCRIPCIÓN USO PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN	VALOR APROPIACION POR RUBRO
A-02-02-02-009-003-01	16	N/A	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	**$ 220,000,000.00**
TOTAL VIGENCIA **2026**					**$ 220,000,000.00**
TOTAL VIGENCIAS					**$ 220,000,000.00**
			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	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 19,880,148.00	$ 19,880,148.00	$ 200,119,852.00
2	JULIO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 26,503,059.00	$ 26,503,059.00	$ 173,616,793.00
3	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 17,060,751.00	$ 17,060,751.00	$ 156,556,042.00
4	AGOSTO	N/A	PAGO PARCIAL VG ACTUAL	A-02-02-02-009-003-01-16	N/A	SERVICIOS DE SALUD HUMANA	$ 19,835,613.00	$ 19,835,613.00	$ 136,720,429.00
TOTALES							**$ 83,279,571.00**	**$ 83,279,571.00**	**$ 136,720,429.00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	MY. CORTES ZAMORA LUZ HELENA
FECHA	18 de agosto de 2026

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA
CLINICA BASILIA SAS NIT. 805.016.107-1

CERTIFICA:

Que la compañía **Clínica BASILIA S.A.S,** con NIT. 805.016.107-1, de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, se encuentra a Paz y Salvo con el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con los Sistemas de Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y Aportes a la Caja de Compensación Familiar, ICBF Y SENA, cuando a ello hubiere lugar, en relación con sus empleados por un periodo no inferior a seis (6) meses anteriores a la presentación de esta certificación.

Periodo: 01 al 31 de agosto de 2026

Firma:

Nombre Revisor Fiscal: **CARLOS HERNANDO GALVEZ GALVEZ**
Cedula de Ciudadanía No 94.364.875 de Tuluá (Valle)
Tarjeta Profesional No. 78.549-T
En calidad de: Revisor Fiscal

El presente certificado se expide a los cuatro (04) días del mes de agosto de 2026.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 805016107	1	CLINICA BASILIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BASILIA	CALLE 5E 42A-53	CALI-VALLE	4002399	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	540525326	9509155726	E	2026/08/04	2026/08/04	BANCOLOMBIA	0	$29,514,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: BASILIA (43 Afiliados)						$104,045,392	$16,649,700			$126,306,392	$5,041,100			$124,751,024	$4,992,100			$126,306,392	$2,831,100		$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (1 Afiliados)						$4,818,000	$770,900			$4,818,000	$192,800			$4,818,000	$192,800			$4,818,000	$25,200		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)						$4,818,000	$770,900			$4,818,000	$192,800			$4,818,000	$192,800			$4,818,000	$25,200		$0	$0
1	CC	1113040843	VICTORIA LISSA	25-14	30	$4,818,000	$770,900	EPS005	30	$4,818,000	$192,800	CCF56	30	$4,818,000	$192,800	14-11	30	$4,818,000	$25,200	30	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 3 (40 Afiliados)						$94,285,391	$15,087,900			$116,546,391	$4,650,400			$114,297,790	$4,573,700			$116,546,391	$2,633,900		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (40 Afiliados)						$94,285,391	$15,087,900			$116,546,391	$4,650,400			$114,297,790	$4,573,700			$116,546,391	$2,633,900		$0	$0
2	CC	1144124277	ARCILA JHON	230301	29	$2,156,276	$345,100	EPS010	29	$2,156,276	$86,300	CCF56	29	$2,156,276	$86,300	14-11	29	$2,156,276	$52,600	29	$0	$0
3	CC	1144124277	ARCILA JHON	230301	1	$58,364	$9,400	EPS010	1	$58,364	$2,400	CCF56	1	$0	$0	14-11	1	$58,364	$0	1	$0	$0
4	CC	1234194754	CAICEDO CAMILA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
5	CC	1110466596	CHAUX ANGELA	25-14	30	$4,818,000	$770,900	EPS010	30	$4,818,000	$192,800	CCF56	30	$4,818,000	$192,800	14-11	30	$4,818,000	$117,400	30	$0	$0
6	CC	1004715896	CHICAIZA GREYSI	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
7	CC	16609011	CONDE SEVERO		0	$0	$0	EPS005	30	$12,302,000	$492,100	CCF56	30	$12,302,000	$492,100	14-11	30	$12,302,000	$299,700	30	$0	$0
8	CC	1144151555	ESCOLAR MARIA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS012	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$0	30	$0	$0
9	CC	31714619	FLOREZ MARIA	230201	12	$1,933,000	$309,300	EPS010	12	$1,933,000	$77,400	CCF56	12	$1,933,000	$77,400	14-11	12	$1,933,000	$0	12	$0	$0
10	CC	31714619	FLOREZ MARIA	230201	18	$2,899,500	$464,000	EPS010	18	$2,899,500	$116,000	CCF56	18	$2,899,500	$116,000	14-11	18	$2,899,500	$70,700	18	$0	$0
11	CC	1087558594	GAVIRIA DEISY	25-14	30	$1,831,000	$293,000	EPS005	30	$1,831,000	$73,300	CCF56	30	$1,831,000	$73,300	14-11	30	$1,831,000	$44,700	30	$0	$0
12	CC	94368344	GIRALDO MAURICIO	25-14	18	$2,700,000	$432,000	EPS005	18	$2,700,000	$108,000	CCF56	18	$2,700,000	$108,000	14-11	18	$2,700,000	$65,800	18	$0	$0
13	CC	94368344	GIRALDO MAURICIO	25-14	12	$1,800,000	$288,000	EPS005	12	$1,800,000	$72,000	CCF56	12	$1,800,000	$72,000	14-11	12	$1,800,000	$0	12	$0	$0
14	CC	1193278575	HUERTAS LUIS	230201	30	$2,379,354	$380,700	ESSC18	30	$2,379,354	$95,200	CCF56	30	$2,379,354	$95,200	14-11	30	$2,379,354	$58,000	30	$0	$0
15	CC	29305399	LABRADA LILIANA		0	$0	$0	EPS005	30	$9,959,000	$398,400	CCF56	30	$9,959,000	$398,400	14-11	30	$9,959,000	$242,700	30	$0	$0
16	CC	1143845906	MARIN MARLEN	230301	2	$116,727	$18,700	EPS010	2	$116,727	$4,700	CCF56	2	$116,727	$4,700	14-11	2	$116,727	$2,900	2	$0	$0
17	CC	1192799720	MEJIA NICOL	230301	30	$1,750,905	$280,200	ESSC18	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
18	CC	1114879667	MERA MANUEL	230301	30	$2,259,725	$361,600	EPS005	30	$2,259,725	$90,400	CCF56	30	$2,259,725	$90,400	14-11	30	$2,259,725	$55,100	30	$0	$0
19	CC	16379982	MEZA ANDRES	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
20	CC	1113067601	MILLAN JULIANA	230301	10	$782,017	$125,200	EPS005	10	$782,017	$31,300	CCF56	10	$894,271	$35,800	14-11	10	$782,017	$19,100	10	$0	$0
21	CC	1109114090	MONTOYA LEONARDO	230201	30	$2,164,980	$346,400	EPS005	30	$2,164,980	$86,600	CCF56	30	$2,164,980	$86,600	14-11	30	$2,164,980	$52,800	30	$0	$0
22	CC	1107842137	MORALES SANTIAGO	25-14	30	$2,165,349	$346,500	EPS018	30	$2,165,349	$86,700	CCF56	30	$2,165,349	$86,700	14-11	30	$2,165,349	$52,800	30	$0	$0
23	CC	1110454947	MORENO PAOLA	230301	30	$2,279,724	$364,800	EPS010	30	$2,279,724	$91,200	CCF56	30	$2,279,724	$91,200	14-11	30	$2,279,724	$55,600	30	$0	$0
24	PT	5347617	MORILLO SARELYS	230301	28	$1,634,178	$261,500	ESSC24	28	$1,634,178	$65,400	CCF56	28	$2,074,239	$83,000	14-11	28	$1,634,178	$39,900	28	$0	$0
25	CC	1113523802	NIETO LUIS	230301	30	$2,201,256	$352,300	EPS005	30	$2,201,256	$88,100	CCF56	30	$2,201,256	$88,100	14-11	30	$2,201,256	$53,700	30	$0	$0
26	CC	1144096042	ORTEGA INGRID	230301	30	$3,550,000	$568,000	EPS005	30	$3,550,000	$142,000	CCF56	30	$3,550,000	$142,000	14-11	30	$3,550,000	$86,500	30	$0	$0
27	CC	1108566176	ORTIZ LAURA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	ESSC18	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
28	CC	1115065640	OTERO SHARICK	230301	30	$1,806,800	$289,100	EPS012	30	$1,806,800	$72,300	CCF56	30	$1,806,800	$72,300	14-11	30	$1,806,800	$44,100	30	$0	$0
29	CC	14639114	PIÑEROS JOHN	230301	30	$2,492,005	$398,800	EPS005	30	$2,492,005	$99,700	CCF56	30	$2,492,005	$99,700	14-11	30	$2,492,005	$60,800	30	$0	$0
30	CC	1058971672	PINO RUBY	230301	30	$2,292,689	$366,900	EPS005	30	$2,292,689	$91,800	CCF56	30	$2,292,689	$91,800	14-11	30	$2,292,689	$55,900	30	$0	$0
31	CC	1144175695	PULIA LINA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
32	CC	1143832698	RAMOS IVAN	230201	30	$3,613,500	$578,200	EPS005	30	$3,613,500	$144,600	CCF56	30	$3,613,500	$144,600	14-11	30	$3,613,500	$88,100	30	$0	$0
33	CC	1144083169	REYES DANIELA	230301	28	$2,642,640	$422,900	EPS037	28	$2,642,640	$105,800	CCF56	28	$2,642,640	$105,800	14-11	28	$2,642,640	$64,400	28	$0	$0
34	CC	1144083169	REYES DANIELA	230301	2	$188,760	$30,300	EPS037	2	$188,760	$0	CCF56	2	$0	$0	14-11	2	$188,760	$0	2	$0	$0
35	CC	1113683024	RIASCOS MARIA	230301	28	$1,678,945	$268,700	EPS037	28	$1,678,945	$67,200	CCF56	28	$1,678,945	$67,200	14-11	28	$1,678,945	$40,900	28	$0	$0
36	CC	9020894	RIVERA ALVARO	230301	28	$2,029,031	$324,700	EPS010	28	$2,029,031	$81,200	CCF56	28	$2,029,031	$81,200	14-11	28	$2,029,031	$49,500	28	$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
37	CC	9020894	RIVERA ALVARO	230301	2	$145,887	$23,400	EPS010	2	$145,887	$0	CCF56	2	$0	$0	14-11	2	$145,887	$0	2	$0	$0
38	CC	24339473	SANTA INGRID	231001	3	$657,000	$105,200	EPS005	3	$657,000	$26,300	CCF56	3	$0	$0	14-11	3	$657,000	$0	3	$0	$0
39	CC	24339473	SANTA INGRID	231001	9	$1,971,000	$315,400	EPS005	9	$1,971,000	$78,900	CCF56	9	$1,971,000	$78,900	14-11	9	$1,971,000	$0	9	$0	$0
40	CC	24339473	SANTA INGRID	231001	18	$3,942,000	$630,800	EPS005	18	$3,942,000	$157,700	CCF56	18	$3,942,000	$157,700	14-11	18	$3,942,000	$96,100	18	$0	$0
41	CC	1130594186	SIERRA ALVARO	230301	30	$3,683,333	$589,400	EPS010	30	$3,683,333	$147,400	CCF56	30	$3,683,333	$147,400	14-11	30	$3,683,333	$89,800	30	$0	$0
42	CC	34503460	TEZADA MARIA	25-14	30	$1,994,638	$319,200	EPS005	30	$1,994,638	$79,800	CCF56	30	$1,994,638	$79,800	14-11	30	$1,994,638	$48,600	30	$0	$0
43	CC	98397437	TUTISTAR JULIO	231001	30	$2,215,653	$354,600	EPS018	30	$2,215,653	$88,700	CCF56	30	$2,215,653	$88,700	14-11	30	$2,215,653	$54,000	30	$0	$0
44	CC	1144125795	VALENCIA SANDRA	230301	30	$3,521,429	$563,500	EPS005	30	$3,521,429	$140,900	CCF56	30	$3,521,429	$140,900	14-11	30	$3,521,429	$85,800	30	$0	$0
45	CC	1118295827	VARGAS ERIKA	230301	30	$2,737,500	$438,000	EPS010	30	$2,737,500	$109,500	CCF56	30	$2,737,500	$109,500	14-11	30	$2,737,500	$66,700	30	$0	$0
46	CC	1112784904	VARGAS YEFERSON	230301	30	$2,198,391	$351,800	EPS005	30	$2,198,391	$88,000	CCF56	30	$2,198,391	$88,000	14-11	30	$2,198,391	$53,600	30	$0	$0
47	CC	1144045128	VASQUEZ MARIA	230301	30	$2,737,500	$438,000	EPS012	30	$2,737,500	$109,500	CCF56	30	$2,737,500	$109,500	14-11	30	$2,737,500	$66,700	30	$0	$0
48	CC	1144194582	VILLOTA LINA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF56	30	$1,750,905	$70,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 4 (2 Afiliados)						**$4,942,001**	**$790,900**			**$4,942,001**	**$197,900**			**$5,635,234**	**$225,600**			**$4,942,001**	**$172,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: CALI Depto: VALLE (2 Afiliados)						**$4,942,001**	**$790,900**			**$4,942,001**	**$197,900**			**$5,635,234**	**$225,600**			**$4,942,001**	**$172,000**		**$0**	**$0**
49	CC	6199608	CEBALLOS OMAR	230201	20	$1,980,667	$317,000	EPS005	20	$1,980,667	$79,300	CCF56	20	$2,673,900	$107,000	14-11	20	$1,980,667	$86,200	20	$0	$0
50	CC	6199608	CEBALLOS OMAR	230201	10	$990,334	$158,500	EPS005	10	$990,334	$39,700	CCF56	10	$990,334	$39,700	14-11	10	$990,334	$0	10	$0	$0
51	CC	1126590763	ROJAS LEYDY	230301	30	$1,971,000	$315,400	EPS005	30	$1,971,000	$78,900	CCF56	30	$1,971,000	$78,900	14-11	30	$1,971,000	$85,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(43)**			**$104,045,392**	**$16,649,700**			**$126,306,392**	**$5,041,100**			**$124,751,024**	**$4,992,100**			**$126,306,392**	**$2,831,100**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 805016107	1	CLINICA BASILIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BASILIA	CALLE 5E 42A-53	CALI-VALLE	4002399	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	540525326	9509155726	E	2026/08/04	2026/08/04	BANCOLOMBIA	0	$29,514,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				41	$16,649,700	$0	$0	$16,649,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$1,406,000	$0	$0	$1,406,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$3,500,700	$0	$0	$3,500,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	25	$8,628,500	$0	$0	$8,628,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$3,114,500	$0	$0	$3,114,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				43	$2,831,100	$0	$0	$2,831,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	43	$2,831,100	$0	$0	$2,831,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				43	$4,992,100	$0	$0	$4,992,100
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	43	$4,992,100	$0	$0	$4,992,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				43	$5,041,100	$0	$0	$5,041,100
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	3	$251,900	$0	$0	$251,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$65,400	$0	$0	$65,400
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	3	$235,400	$0	$0	$235,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	9	$979,000	$0	$0	$979,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$243,100	$0	$0	$243,100
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	2	$175,400	$0	$0	$175,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	22	$3,090,900	$0	$0	$3,090,900
TOTAL				43	$29,514,000	$0	$0	$29,514,000

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14843859501

(415)7707212489984(8020) 000001484385950 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CLINICA BASILIA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 5 E 42 A 53

42. Correo electrónico contador@clinicabasilia.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 1 3 1 9 2 3	3 2 1 7 7 8 5 5 1 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	1 6 9	0 0 3 2 0 1 9
73. Fecha	2 0 0 0 0 1 2 4	2 0 1 9 0 5 1 4
74. Número de notaría	1 3	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 2 2 4	2 0 1 9 0 5 2 0
77. No. Matrícula mercantil	5 2 9 1 4 6 - 4	5 2 9 1 4 6 - 1 6
78. Departamento	7 6	7 6
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	8

Vigencia

80. Desde	2 0 0 0 0 2 2 4
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	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 6 0 1 0 1		-
2	2 1	2 0 1 8 1 2 1 2		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 9 0 7 1 5

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CONDE	RAMIREZ	SEVERO	ALBERTO DELFIN

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 0 9 0 7 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	2 9 3 0 5 3 9 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LABRADA	BONILLA	LILIANA	

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 4 3 6 4 8 7 5		7 8 5 4 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GALVEZ	GALVEZ	CARLOS	HERNANDO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 0 9 0 3 3 0

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 4 3 6 8 5 0 0		8 1 2 3 7 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
CORTES	TIGREROS	JHON	JAROL

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 0 9 0 3 3 0

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

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

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14843859501

(415)7707212489984(8020) **000001484385950 1**

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

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 BASILIA S.A.S.

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

165. Dirección: CL 5 E 42 A 53

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
5 2 9 1 4 7 2	2 0 0 0 0 2 2 4
168. Teléfono: 5 1 3 1 9 2 3	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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Cuenta por pagar – Comprobante.

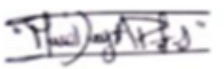
Usuario Solicitante:	MHmalvarez	MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-11-100	ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN
Fecha y Hora Sistema:	19/08/2026 12:00:00 a. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	20126	**Fecha Registro:**	2026-08-19	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-11-100 ESM ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes		**Nro. Compromiso:**	3826	**Nro. Cdp:**	2526
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Antes del Iva:	19.835.613,00	**Valor Iva:**	0,00		**Valor Total:**	19.835.613,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00
TERCERO								
Identificación:	805016107	**Razón Social:**	CLINICA BASILIA S.A.S.					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	AUD 365	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2026-08-19

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
17	FACTURA

Objeto.:	AUD 365, SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES



TASD MARIA DEISSY ALVAREZ PUENTES