No. 02 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

GS-2026 - 648693 **-MEBOG**

17 de octubre del 2026

Señora teniente coronel
IVONNE JOHANNA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°1 (E)
Bogotá

ASUNTO: informe de supervisión del contrato No. **81-8-20187-26**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO _x_ O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**06/09/2026**	**Hasta**	**05/10/2026**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante comunicación oficial No. GS-2026-015779-REGI1 el señor capitán **ISAAC AMADO CODINA GALLARDO** obrando en calidad de jefe Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud N° 1, notifica como supervisor del contrato en asunto al Jefe del Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá, a la señora capitán **LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO**

Mediante acta de entrega sin Nro., la señora Capitán **LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO** jefe Grupo Prestador de Atención en Salud realiza entrega del presente contrato como supervisor, la señora teniente coronel **LUZ CATALINA MIRANDA GUERRERO** como jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá (E).

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

Información del Contrato

Contrato No.	81-8-20187-26
Objeto del Contrato	SUMINISTRO DE SENSORES Y LECTOR FREESTYLE PARA EL AUTO CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS, PARA LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.
Contratista	COMERCIALIZACIÓN DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS, DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S – CEMINSUMOS SAS
Representante legal	MARLEN YANETH GOMEZ SANCHEZ
Valor inicial del contrato	CIEN MILLONES DE PESOS $ 100.000.000,00
Valor adiciones del contrato	N/A
Valor total del contrato	CIEN MILLONES DE PESOS $ 100.000.000,00
Plazo de ejecución inicial	TRES (3) MESES Y VEINTI CUATRO (24) DIAS
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	06 DE AGOSTO DEL 2026
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	30 DE NOVIEMBRE DEL 2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO.

1.1 Acciones adelantadas:

Revisión de los casos especiales que se presentan en el mes de ejecución del contrato

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

El contratista (**CEMINSUMOS S.A.S**) cumplió la ejecución del contrato y con sus obligaciones.

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

No.	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1	Cumplir con el objeto contractual.	(SI)	NO APLICA
2	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	(SI)	NO APLICA
3	Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	(SI)	NO APLICA
4	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF),	(SI)	NO APLICA

	por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.		
5	Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la UNIDAD EJECUTORA o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.	(SI)	NO APLICA
6	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.	(SI)	NO APLICA
7	No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento de Salud No. 1 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	(SI)	NO APLICA
8	Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA
9	Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	(SI)	NO APLICA
10	CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.	(SI)	NO APLICA
11	Incluir todas aquellas obligaciones que el contratista debe cumplir con el fin de alinear la actividad contractual a las buenas prácticas en materia ambiental. Tener además en cuenta lo establecido en la resolución 03049 del 2014, *"Por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional"*, actualizada, modificada y complementada por las Resoluciones Nos. 00090 del 2018 apéndice 1 y apéndice 2 del 2020.	(SI)	NO APLICA
12	Así mismo incluir las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID.	(SI)	NO APLICA
13	Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "*Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos*" y el registro de la factura electrónica de venta.	(SI)	NO APLICA
14	Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	(SI)	NO APLICA
15	Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	(SI)	NO APLICA
16	Entregar un reporte mensual de la ejecución del contrato dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes al supervisor del contrato relacionando: Numero de contrato, Objeto de contrato, Valor total del contrato, Valor ejecutado del contrato, Saldo por ejecutar del contrato y observaciones.	(SI)	NO APLICA
17	Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE).	(SI)	NO APLICA

18	Sostener los precios durante la ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA
19	Prestar los servicios de salud a los usuarios en forma permanente, eficiente, amable y continua, con excelente trato, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.	(SI)	NO APLICA
20	Responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.	(SI)	NO APLICA
21	Las facturas deben agruparse en paquetes individuales de máximo 250 folios por paquete y Presentadas en cajas No. X-200, medidas 20,5 frente x largo X 27 Alto x 39 fondo, las cajas deberán estar elaboradas en Cartón Corrugado recubierto en su cara interna por una película a base de parafina y ceras vegetales, adicional cada caja tendrá en su interior doble fuelles elaborados en el mismo cartón de acuerdo a lo establecido por el Grupo de Conservación y Restauración del Archivo General de la Nación y según la Ley 594 de 2000.	(SI)	NO APLICA
22	Cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".	(SI)	NO APLICA
23	Reportar dentro de los siguientes cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados durante la ejecución del contrato, con sus respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y al ordenador del gasto.	(SI)	NO APLICA
24	Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.	(SI)	NO APLICA

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS

No.	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLIO	OBSERVACIONES
	De carácter técnico:		
1	Registro del INVIMA: el oferente deberá presentar registro del INVIMA, para aquellos ITEMS que lo requieran o en caso que el ítem no requiera de dicha certificación, deberá presentar la debida constancia expedida por el INVIMA	SI	NINGUNA
2	**Certificación de Fabricante, Distribuidor o Comercializador Autorizado:** El contratista deberá presentar certificación de fabricante, distribuidor o comercializador autorizado de los insumos ofertados, en la cual se pueda constatar la cadena de distribución y autorización del fabricante.	SI	NINGUNA
3	El oferente debe incluir en la propuesta el entrenamiento a los pacientes y/o usuarios en el manejo del Freestyle Libre 2 Plus.	SI	NINGUNA
4	El oferente deberá brindar entrenamiento en el manejo del Lector FreeStyle Libre 2 Plus.	SI	NINGUNA
5	El oferente deberá brindar entrenamiento en el manejo del Sensor FreeStyle le Libre 2 Plus.	SI	NINGUNA
6	El oferente deberá brindar entrenamiento sobre plataforma de lectura FreeStyle le Libre 2 Plus.	SI	NINGUNA
7	El oferente deberá prestar soporte y orientación al usuario de lunes a viernes en el horario de 08:00 am a 06:00 pm, y los sábados desde las 08:00 am hasta las 12:00 pm, a través de la línea call center de los educadores.	SI	NINGUNA
8	El oferente por concepto de garantía, cambiara el FreeStyle Libre 2 Plus en un periodo mínimo de setenta y dos (72) horas para la ciudad de Bogotá D.C., y de ciento veinte (120) horas para las demás ciudades. En caso de que llegase a presentar alguna falla técnica durante el tiempo de la garantía, esta se enviará directamente al usuario.	SI	NINGUNA
9	El oferente garantizará el cambio del dispositivo por defectos de fabricación, dicha garantía iniciará una vez sea entregada el FreeStyle Libre 2 Plus al paciente.	SI	NINGUNA

10	El oferente debe presentar con su oferta catálogo (en idioma castellano) de cada uno de los elementos ofertados, para verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas solicitadas en el anexo "CONDICIONES TÉCNICAS" del presente estudio.	SI	NINGUNA
11	El oferente se compromete a garantizar que la fecha de vencimiento de los bienes objeto de la presente contratación será mínimo de seis (6) meses siguientes a la fecha de entrega de los mismos.	SI	NINGUNA
12	El oferente deberá cambiar los bienes objeto del presente contrato, en un período no superior a ocho (8) días calendario, en el caso que el INVIMA ordene el retiro del mercado previo requerimiento del supervisor del contrato, sin costo alguno para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1.	SI	NINGUNA
13	El oferente garantizará el cambio de los elementos que presenten cualquier defecto o mala calidad sin costo alguno para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 de la Policía Nacional dentro de los quince (15) días calendarios siguientes al requerimiento. El cambio se solicitará por arte del supervisor del contrato.	SI	NINGUNA
14	El oferente deberá entregar los insumos ofertados en empaque resistente a la contaminación, con el fin de evitar deterioro en el almacenaje en la manipulación del mismo.	SI	NINGUNA
15	El oferente deberá presentar el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la evaluación inicial o autoevaluación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar, de acuerdo a la Resolución No, 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST", y demás normas vigentes que modifique y/o sustituya aplicables al presente asunto. Para el caso de Consorcios o Uniones Temporales, se deberá presentar el Certificado por cada empresa que conforme la Unión Temporal o Consorcio. La calificación total de la evaluación inicial o autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	SI	NINGUNA
16	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional — SSMP, como parte de la Subred Integral de Prestación de Servicios de Salud de Prestadores externos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, de conformidad a las rutas de atención integral en salud de promoción y mantenimiento de la salud, ruta cardio cerebrovascular enfermedades metabólicas manifiestas.	SI	NINGUNA
17	El contratista se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud", y demás normas vigentes aplicables al presente caso.	SI	NINGUNA

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

En el presente mes no se realizó pedido de insumos.

2. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (54) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

3. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagará según corresponda de acuerdo al Decreto 441 de 2022, el valor del contrato a favor del oferente con el que se llegue a suscribir el contrato en la ciudad de Bogotá D.C., en pagos mensuales con base en la facturación soportada presentada por el contratista durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la prestación de los servicios, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles, siguientes a la presentación de la factura comercial respectiva en la ventanilla única central de cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, y que la Dirección del Tesoro Nacional ubique los correspondientes recursos del PAC autorizados a la institución. Aun así, teniendo en cuenta que la programación del PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del presente objeto contractual.

La radicación de la facturación (impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: relación general de pacientes atendidos, detallando el número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario y/o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel, listado discriminando con número de factura, fecha de factura, edad, nombre del paciente, identificación, atención recibida, diagnóstico y valor facturado. Se debe anexar en medio magnético (CD) la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y el recibido a satisfacción del acudiente del paciente y los demás requisitos establecidos por la DIAN.

PARÁGRAFO PRIMERO AUDITORIA DE CUENTAS.

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas de la regional de aseguramiento en salud No 1, tramitara la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico-económico, para que se realice la auditoria, la cual será expedida dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelto junto con los soportes a la Central de cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

La facturación deberá presentarse de forma electrónica, previamente validada por la DIAN, como requisito para el pago de los bienes y/o servicios contratados, de conformidad con el instructivo No 001 SUDIR – DIRAF 70 LINEAMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN DE LA FACTURA ELECTRÓNICA, dando cumplimientos a lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Circular Externa 016 del 09/03/2021 "por la cual se implementa el Modelo de Recepción de factura de venta, Notas Debito y/o Notas crédito".

PARÁGRAFO SEGUNDO OBJECIONES Y GLOSAS.

En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

CAUSALES DE NO PAGO

- La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 no cancelará la cuenta que a criterio del Supervisor del Contrato presente inconsistencias en sus características técnicas y el precio pactado en el contrato o por cualquier otro inconveniente que se derive de la revisión de la facturación.
- Todo suministro que no cuente con la solicitud por parte del supervisor del Contrato.
- Todo suministro adicional no solicitado por parte del supervisor del Contrato.
- Todo suministro que no esté completamente soportado con los soportes de recibido.
- No acreditar el pago de aportes a seguridad social, y parafiscales, del periodo correspondiente.
- No facturar los suministros de acuerdo al valor pactado en el contrato.
- La ausencia del formato de solicitud correspondiente.
- No anexar el recibido a satisfacción del servicio por parte del supervisor del contrato.

NOMBRE BENEFICIARIO: COMERCIALIZACIÓN DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS, DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S – **CEMINSUMOS SAS**
BANCO: DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA: AHORROS
NUMERO DE CUENTA: 076200134336

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 100.000.000,00	100%
Valor total de las entregas	$ 43.709.921.81	43,7%
Valor total facturado	$ 43.709.921.81	43,7%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0%
Valor pagado	$ 0,00	0%
Valor pendiente de entrega	$ 56.290.078.13	56.3%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo							
No. constancia de recibido	**Valor recibido**	**Fecha de recibido**	**Valor facturado**	**No. factura**	**Valor pagado**	**Valor deducciones**	**No. orden de pago**
N/A	$ 43.709.921.81	07/10/2026	$ 43.709.921.81	2745	$43.709.921.81	N/A	N/A

4. RECOMENDACIONES

No hay recomendaciones

5. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _x__**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____
Capitán Liliana Fabiola Correa Riaño
Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá (E)
Supervisor Contrato No. 81-8-20187-26
Correo electrónico: Disan.rases1-gp@policia.gov.co

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 07 de octubre del 2026
Unidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	81-8-20187-26
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	**CEMINSUMOS SAS**
NIT del contratista:	NIT. 900.923.368-0
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	SUMINISTRO DE SENSORES Y LECTOR FREESTYLE PARA EL AUTO CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS, PARA LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	VIGENCIA 2026 - $100.000.000,00 TOTAL - $100.000.000
Plazo de ejecución:	Inicio 06/08/2026 – hasta el 30/11/2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 12 # 79 a 25 Bodega 29 Parque Industrial Alsacia Bogotá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___ NO X	
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Capitan LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá (E)
Fecha de entrega certificada:	23/09/2026

DIRECCIÓN DE SANIDAD
BASES 1
GRUPO FINANCIERO
16 OCT 2026
SUJETO A VERIFICACIÓN
RECIBIDO

	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026.	RASES No. 1	16	SENSOR DE GLUCOSA EN SANGRE (FREESTYL E)	$ 43.709.921,81	$ 43.709.921,81	N/A	$ 43.709.921,81
Acta de recepción de bienes	No. 91						

NO. FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA	NOTA CRÉDITO O DÉBITO	VALOR NETO
2745	N/A	$ 43.709.921,81	No aplica	$ 43.709.921,81
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 43.709.921,81	No aplica	$ 43.709.921,81

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento del **ANEXO 2** obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

FIRMA DE SUPERVISOR

Capitán **LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO**
Jefe Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá (E)
Supervisor Contrato 81-8-20187-26
Carrera 68B BIS No. 44-58
Correo: disan.rases1-gp@policia.gov.co
Bogotá

CONTRATO No. 81-8-20187-26 **FECHADO 06/08/2026 OBJETO DEL CONTRATO:** "SUMINISTRO DE SENSORES Y LECTOR FREESTYLE PARA EL AUTO CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS, PARA LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

Recepción De Bienes No: 91

Cuidad y Fecha: Bogotá D.C 23/09/2026

Hora: 15:50

Lugar: **ALMACEN UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA.**

1. VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ENTREGA DEL BIEN.

Siendo las 15:50 **horas** del día 23 del mes **septiembre** del año **2026,** se reúnen en las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Bogotá – Almacén UPRES Bogotá, el siguiente personal subintendente **DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA** almacenista UPRES Bogotá y la señora Teniente coronel **LUZ CATALINA MIRANDA GUERRERO** Jefe (E) Grupo Prestador de Atención en Salud Bogotá – Supervisor Contrato, con el fin de realizar la recepción de los bienes producto del contrato No. **81-8-20187-26** de fecha **06/08/2026,** suscrito con la firma **CEMINSUMOS SAS – NIT 900923368,** los cuales están autorizados por la **JEFATURA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1,** mediante el documento Comunicación oficial **GS-2026-015732-/REGI1 de fecha 06 de agosto del 2026 notificación supervisión y remisión del contrato principal N°81-8-20187-26,** para lo cual se verifican los documentos que soportan la entrega, constatando que están debidamente firmados y legalizados.

Contrato No. 81-8-20187-26 de fecha **06/08/2026.**

Plazo de ejecución del contrato de tres (03) meses, veinti cuatro (24) días hasta el 30 de noviembre del 2026, Cumplió: SI: X, NO _____.

OBJETO DEL CONTRATO: "SUMINISTRO DE SENSORES Y LECTOR FREESTYLE PARA EL AUTO CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS, PARA LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.

2. RELACIÓN DE LOS BIENES RECEPCIONADOS

Ítem	Origen (fuente de Financia-miento)	Descripción del bien	Cantidad	Número de Identificación Del bien / o lote (Serie, código / material etc.)	Valor unitario	V. Total
1	RASES 1	Sensor FreeStyle Libre 2 Plus	150	LOTE: KTP016009	$ 238.926,89	35.839.033,50
2	RASES 1	Lector FreeStyle Libre 2 Plus	4	LOTE: 02G168F	$ 222.998,32	6.066.940,11
Factura Electrónica de Venta **No. FEC 2745 de fecha 07/10/2026**						

NOTA: Si como parte del contrato se entregan otros accesorios o manuales de operación adicionales, favor relacionarlos: NO APLICA.

NOTA: Si los bienes fueron recepcionados en diferentes unidades, relacionar los siguientes datos, así:

CONTRATO No. 81-8-20187-26 **FECHADO** 06/08/2026 **OBJETO DEL CONTRATO:** "SUMINISTRO DE SENSORES Y LECTOR FREESTYLE PARA EL AUTO CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS, PARA LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.

UNIDAD POLICIAL QUE RECIBE	GRADO NOMBRES Y APELLIDOS DEL ALMACENISTA	No y FECHA DEL DOCUMENTO QUE SOPORTA LA RECEPCIÓN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD
RASES No. 1	IT DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA	Factura Electrónica de Venta No. FEC 2745 de fecha 21/09/2026	Sensor FreeStyle Libre 2 Plus	150
			Lector FreeStyle Libre 2 Plus	04

- Entrega Parcial: SI: _X__, NO ____. Observaciones: se realizan entregas parciales en el almacén Duarte Valero
- Entrega Total: SI: _x_, NO ___. Observaciones: se cumple con las entregas.

Los bienes recepcionados cumplen las especificaciones técnicas, establecidas en el Contrato: SI: _X_, NO _____. Observaciones: NO APLICA.

El proveedor cumplió a cabalidad con el objetivo contractual: SI: _X__, NO: _____.

OBSERVACIONES: Se tiene en cuenta el **LUGAR DE ENTREGA** del contrato principal "*La entrega de los elementos se realiza con la profesional encargada de la entrega de los elementos en el ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO, ubicado en la Carrera 68 B Bis N° 44-58 Torre B, de la ciudad de Bogotá, con el fin de realizar la verificación de las especificaciones técnicas requeridas, y en caso de ser necesario se harán los ajustes respectivos por parte del proveedor. Previa coordinación con el Supervisor del Contrato, quien apoyará la verificación técnica*".

COMPROMISOS:

REQUIERE CERTIFICADO DE CONFORMIDAD:	SI	____	NO	_X_	NÚMERO	_____	CERTIFICADOR _____
REQUIERE INFORME DE INSPECCIÓN DE CALIDAD:	SI	____	NO	_X_	NÚMERO	_____	
REQUIERE CERTIFICADO DE GARANTIA:	SI	____	NO	_X_	NÚMERO	_____	

Nota: Los documentos que respaldan la presente recepción de bienes, hacen parte integral de la entrada al Almacén correspondiente, la cual debe ser archivada dando cumplimiento a lo establecido en las tablas de retención documental. Correo disan.upb-al@policia.gov.co.

CONTRATO No. 81-8-20187-26 **FECHADO** 06/08/2026 **OBJETO DEL CONTRATO:** "SUMINISTRO DE SENSORES Y LECTOR FREESTYLE PARA EL AUTO CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS, PARA LOS USUARIOS PERTENECIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1.

Descripción	Cantidad	Central Cuenta Original	Almacén	Supervisor	Bodega
1LA-FR-0140 FORMATO DE RECEPCIÓN DE BIENES completa con información de ficha técnica	4	X	X	X	X
FACTURA DE VENTA	4	X	X	X	X
CARTA DE HOMOLOGACIÓN (SI FUESE EL CASO)	1		X		
2BS-FR-0045 CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCION	3	X	X	X	
PARAFISCALES CERTIFICACIÓN FIRMADA POR REPRESENTANTE LEGAL Y CONTADOR	3	X	X	X	
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT, VIGENTE FORMATO ACTUALIZADO	3	X	X	X	
CARTA DE INICIO, CONTRATO COMPLETO. UNICA VEZ – PRIMERA ENTREGA MODIFICACIÓN, ADICIÓN. CADA VEZ APLIQUE.	1		X		

ASISTENTES				
GR.	**APELLIDOS Y NOMBRES**	**UNIDAD**	**CARGO**	**FIRMA**
CT	LILIANA FABIOLA CORREA RIAÑO	JEFE (E) GRUPO PRESTADOR DE ATENCION EN SALUD BOGOTA	SUPERVISOR DEL CONTRATO	
IT.	DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA	ALMACENISTA UPRES BOGOTA	ALMACENISTA UPRES BOGOTÁ	

DIRECCION DE SANIDAD - POLICIA NACIONAL

58 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

Nit: 901361596

Movimientos de Almacén

PROGRAMA: INPMMVAL
V. 5000
03/10/2026 10:45:53
DIEGO ALEJANDRO BARRER

Tpdo	SDA - SALIDA DESPACHOS AMBULATORIOS			Area Resp	80835413 - UPRES GUPRES ATESA UPRES MEBOG
Número	219	Fecha	03/10/2026	Solicitante	52390295 - MIRANDA GUERRERO LUZ CATALINA
Almacén	1 - ALMACEN UPRES BOGOTA			TpMy Contab	45 - SALIDAS / Estado: SALIDAS DE ALMACEN
Proyecto	-				

BODEGA: 1 - BODEGA UPRES BOGOTA

Tipo	Grupo	Subgrupo
11 - CONSUMO SIN CONTROL	3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA	5 - OTROS INSUMOS PARA SANIDAD

Item	Descripción	Detalle Adicional	Cantidad	Marca	Unidad	Procedencia	Valor Unitario	Valor Total sin IVA	Valor Total
45039	SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA		150		UNIDAD	1	284,323.00	42,648,449.87	42,648,449.87

Tipo	Grupo	Subgrupo
11 - CONSUMO SIN CONTROL	3 - MEDICAMENTOS, INSUMOS PARA ODONTOLOGIA, LABORATORIO, SA	7 - INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS

Item	Descripción	Detalle Adicional	Cantidad	Marca	Unidad	Procedencia	Valor Unitario	Valor Total sin IVA	Valor Total
103343	LECTOR PARA GLUCOMETRIA		4		UNIDAD	1	265,368.00	1,061,472.00	1,061,472.00

	Valor Adquisición	Valor IVA	Valor Descuento	Costo Desmante.	Costo Financiación	Valor Total sin Iva	Valor Total	Costo Total
TOTALES TIPO						43,709,921.87	43,709,921.87	0.00
TOTALES						43,709,921.87	43,709,921.87	0.00

Observaciones

I-8-20187-26 CEMINSUMOS TC CATALINA MIRANDA.

CODIFICACIÓN CONTABLE

TpCo Gr 921 TpCo Esp 473 MOVIMIENTO SALIDAS DE ALMACEN UNIDADES Nro. 5014 Periodo 202610 Fecha 03/10/2026

Mayor	Descripción	Area	Ceco	Nit	Descripción	Débito	Crédito
151404001	Materiales médico - quirúrgicos			11003005	OTROS INSUMOS PARA SANIDAD		42,648,449.87
151404001	Materiales médico - quirúrgicos			11003007	INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS		1,061,472.00
738701	Materiales		80835413	52390295	MIRANDA GUERRERO LUZ CATALINA	43,709,921.87	
					Totales	43,709,921.87	43,709,921.87

Responsable

FIRMA

NOMBRE MIRANDA GUERRERO LUZ CATALINA

C.C. 52390295

Elaborado por

FIRMA

NOMBRE DIEGO ALEJANDRO BARRERO OSPINA



COMERCIALIZACION DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S
CEMINSUMOS S.A.S
NIT 900923368-0
NEIVA-HUILA

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL Y REVISORA FISCAL DE LA EMPRESA CEMINSUMOS S.A.S

CERTIFICAN:

Nosotros **MARLEN YANETH GOMEZ SANCHEZ**, quien obra a nombre y representación legal de la sociedad COMERCIALIZACION DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S con NIT 900923368-0 debidamente inscrita en el registro mercantil de la cámara de comercio de Neiva bajo la matricula N° 275694 con fecha 08 del mes de enero de 2016, e **INGRID LILIANA CHAVARRO PUENTES**, en su calidad de Revisora fiscal independiente, manifestamos bajo gravedad de juramento que la empresa se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto y ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del sistema de seguridad social, en cuanto a salud, pensiones, riesgos laborales y cajas de compensación. Y demás conceptos laborales durante los últimos seis (6) meses.

Que la empresa esta exonerada del pago al SENA, ICBF por ser contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, como lo indica el artículo 65 de la ley 1819 de 29 diciembre de 2016.

Dada en Neiva, a los (10) Diez días del mes de septiembre 2026.

MARLEN YANETH GOMEZ SANCHEZ
Representante Legal

INGRID LILIANA CHAVARRO PUENTES
C.C 1.080.292.851 Palermo (H)
T P. 197743-T

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 900923368	0	CEMINSUMOS S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 88 19 63	NEIVA-HUILA	8666882	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-08	2026-09	643745818	9511018098	E	2026/09/15	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$7,760,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	V
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				10	$5,003,100	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,857,900	$0	$54,700	$0	$54,700	$0	$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$2,750,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$395,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$169,300	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	11	$169,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,293,900	$0					$0	
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	11	$1,293,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				11	$1,293,900	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$280,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$1,013,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				11	$7,760,200	$0	$54,700	$0	$54,700	$0	$0	

PLANILLA PAGADA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **INGRID LILIANA CHAVARRO PUENTES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1080292851 de PALERMO (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 197743-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

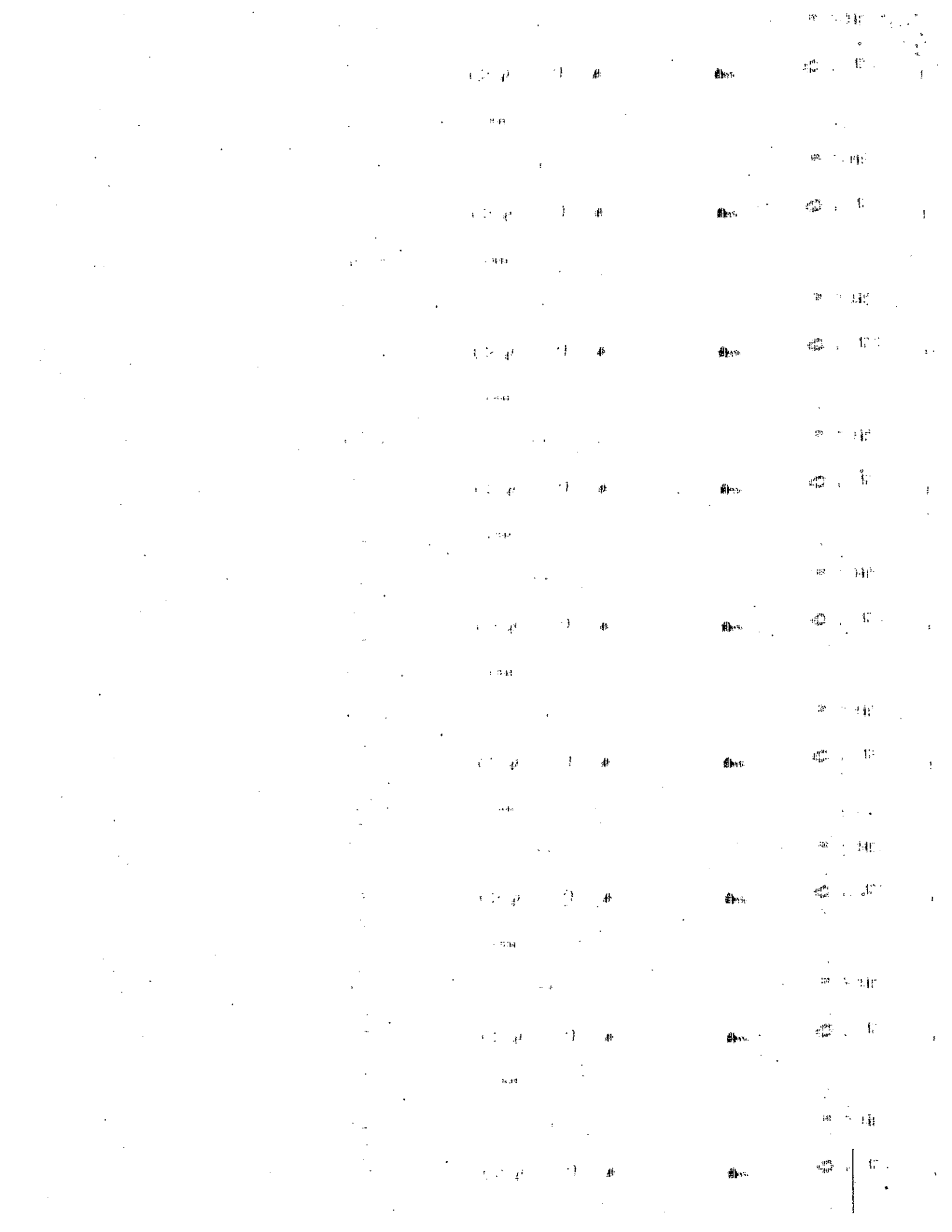
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 1 días del mes de Septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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



Ceminsumos S.A.S.
Comercializadora de insumos médicos odontológicos y de laboratorio clínico mantenimiento y calibración de micropipetas

DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S.

900.923.368-0
IVA RÉGIMEN COMÚN
CARRERA 8 B 19 63 BARRIO 038-8666882
CAMPONUÑEZ
AUTORRETENEDORES DE ICA EN NEIVA, RESOLUCIÓN 5730 DIC 28/2018
cemimsumos@gmail.com

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA FEC 2745

Fecha : 21/09/2026
Cliente : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1
Dirección : CARRERA 68 B BIS 44-58
Forma de pago : CRÉDITO
NOTAS 81-8-20187-26

Ciudad : BOGOTÁ, D.C.
NIT ó C.C : 900336524
Teléfono : 0912201636
Fecha de Vencimiento : 21/10/2026

ITEM	MARCA	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	LOTE	INVIMA	FECHA VEN.	IVA	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	FREESTYLE	SENSOR FREESTYLE LIBRE 2 PLUS	UNIDAD	KTP016009	2023DM-0027537	30/11/2027	19,00	150	$ 238.926,89	$ 35.839.033,50
2	FREESTYLE	LECTOR FREESTYLE LIBRE PLUS 2	UNIDAD	02G168F	2023DM-0027537	31/12/2099	19,00	4	$ 222.998,32	$ 891.993,28

NUESTRAS VENTAS SON FIRMES, ÚNICAMENTE SE ACEPTAN DEVOLUCIONES POR DEFECTO DE FABRICACIÓN O CALIDAD Y DENTRO DE LOS 15 DIAS POSTERIORES A LA FECHA DE FACTURACIÓN Y ACOMPAÑADA DE LA RESPECTIVA COPIA DE LA FACTURA.

M. Gravada	$ 36.731.026,78	M. Exenta	$ 0,00	M. Excluida	$ 0,00

SON : CUARENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTIUNO PESOS CON 87 CENTAVOS M/CTE **********

Sub - total	$ 36.731.026,78
IVA 19%	$ 6.978.895,09
Descuento	$ 0,00
	$ 0,00
	$ 0,00
TOTAL:	$ 43.709.921,87

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO.(ART.772 DEL C.C.). SU CARACTER DE TITULO VALOR LE PERMITE SER NEGOCIADO (ART.684 DEL C.C.). SI ESTA FACTURA NO SE CANCELA EN EL PLAZO ESTIPULADO, CAUSARÁ INTERES DE MORA AL PORCENTAJE AUTORIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA (ART.884 DEL C.C.).

Resolución No. 18764094702730, Del 21 de junio de 2025 Desde: 2001 Hasta 200000 VIGENCIA 24 MESES

75a18f6944271e0d958b1be1fab065b7c600ae12d746dd99594b1875b920e3e3f0188a7deb03be25f8fc5740e8ef2800

RECIBIDA Y ACEPTADA A ENTERA SATISFACCIÓN		FIRMA AUTORIZADA
	Fecha de Recibido	CEMINSUMOS SAS

Ceminsumos S.A.S
NIT 900.923.368-0 C.C. 91042524 79

Impreso por A & E Soluciones Integrales SAS NIT 901.037.467-4 Tel. 871 5007 - 314 3706642
www.seopyme.com.co
21 de septiembre de 2026 4:58 p. m.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:24/06/2023

CONTRIBUYENTE	N.I.T. 900923368	COMERCIALIZACION DE INSUMOS MEDICOQUIRUR

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 8 B 19 63 Teléfonos: 3164252479

Dirección electrónica: ceminsumos@gmail.com Ciudad: NEIVA Municipio: HUILA

Fecha de inscripción: 23/06/2023 Soporte inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA JURIDICA Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 08/01/2016

Matrícula Mercantil:275694 Fecha inicio de Actividades: 02/01/2016 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 3319 - Mantenimiento y reparación de otros tipos de equipos y sus componentes n.c.p.

Actividad 2: 46451 - Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales

Actividad 3: 46491 - Comercio al por mayor de otros utensilios domésticos n.c.p. (excepto joyas)

Actividad 4: 4659 - Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007823296

(415)7707212489984(8020) 000014100782329 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 3 6 8	0	Impuestos y Aduanas de Neiva	3

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
COMERCIALIZACION DE INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS, DE ODONTOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO NEIVA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
	CEMINSUMOS S.A.S.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CR 8 B 19 - 63

42. Correo electrónico ceminsumos@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 7 4 3 8 6 2	3 1 6 4 2 5 2 4 7 9

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros		Exportadores				
54. Código		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
				57. Modo			
				58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-04-09 / 02:33:24PM

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 GOMEZ SANCHEZ MARLEN YANETH

985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007823296

(415)7707212489984(8020) 000014100782329 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 3 6 8	0	Impuestos y Aduanas de Neiva	

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

Vigencia

80. Desde	2 0 1 6 0 1 0 2
81. Hasta	9 9 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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 6 0 1 0 8		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007823296

(415)7707212489984(8020) 000014100782329 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900923368	0	Impuestos y Aduanas de Neiva	3

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 18	2016 01 08

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 13	1075219651	1	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GOMEZ	SANCHEZ	MARLEN	YANETH

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

2

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

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: 141007823296

(415)7707212489984(8020) 000014100782329 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 3 6 8	0	Impuestos y Aduanas de Neiva	

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

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
CHAVARRO	PUENTES	INGRID	LILIANA

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 1 0 5

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de Identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

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

147. Fecha de nombramiento:

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de Identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía	1 2 2 0 2 1 9 7		1 3 0 2 5 4

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GOMEZ	RAMIREZ	JUAN	CARLOS

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 0 5 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO