



Libertad y Orden

## CAPITULO REVISORES FISCALES

### Estructura y descripción de los archivos para revisores fiscales

#### GENERALIDADES

**NOMBRE DEL ARCHIVO:** Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFFF.TXT o NITENTIDADPPANNOFFF.DOC

Donde:

NITENTIDAD : Numero de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FFF : Numero de archivo

TXT o DOC: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo para archivo 000:

1234567890412007000.TXT P7Z (Cuando se firma digitalmente)

123456789041200701.TXT Significa que está reportando la información del archivo 00 de la entidad cuyo NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

Ejemplo para archivo

#### GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna "valor permitido", correspondientes a la denominación solo dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integral del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,).

#### ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DE LOS ARCHIVOS:



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

ARCHIVO TIPO 000

**Evidencia del reporte de información**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO000.TXT .P7Z

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD MÁXIMA	REGISTRO PERMITIDO
1	NIT	Numero de NIT de la empresa reportante	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	15	Alfanumérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación	4	Numérico
6	Tipo de archivo	Escriba .000	3	Numérico
7	Tipo de archivo enviado	Relacionar los archivos reportados por periodo de corte (un registro por cada archivo)	3	Numérico

*Este es el único archivo firmado digitalmente*

ARCHIVO TIPO 401

**Solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal principal y/o suplente ante la superintendencia nacional de salud.**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO401.DOC

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Bogotá, D. C.

Referencia: Solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal.

En mi condición de Representante Legal de la persona jurídica vigilada (nombre como aparece en el certificado de existencia y representación legal): \_\_\_\_\_ identificada con el NIT- \_\_\_\_\_ y dígito de verificación \_\_\_\_\_, solicito se autorice la posesión de las personas relacionadas a continuación, quienes han sido designadas como revisor fiscal (principal y/o suplente), de la entidad que represento, mediante acta número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ celebrada en reunión de: \_\_\_\_\_ (Junta Directiva, Junta de Socios, Asamblea etc.)

Datos de la persona natural o jurídica designada como Revisor Fiscal Principal.



Libertad y Orden

Título XI  
Anexos Técnicos

Nombre completo o razón social de la persona designada como revisor fiscal Principal: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_

Dirección notificación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta profesional: \_\_\_\_\_

Datos de la persona natural o jurídica designada como Revisor Fiscal Suplente.

Nombre completo o razón social de la persona designada como revisor fiscal suplente \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_

Dirección notificación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta profesional \_\_\_\_\_

(Firma Representante Legal de la Persona Jurídica Vigilada)

\_\_\_\_\_

Cordialmente,

\_\_\_\_\_ (nombre y apellidos del representante legal de la entidad vigilada)

C.C.: \_\_\_\_\_

Dirección notificación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

ARCHIVO TIPO 402

**Extracto del acta y aclaración del acta**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO402.DOC

Extracto del Acta

Los suscritos \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos), quienes actuamos como Presidente y Secretario de la reunión del máximo órgano de decisión (junta directiva, asamblea general, etc.) de la entidad \_\_\_\_\_ (razón social de la entidad vigilada que solicita la autorización de posesión del revisor fiscal) celebrada en \_\_\_\_\_ (municipio, ciudad - departamento) el día \_\_\_\_\_ (fecha de celebración del Acta) según Acta N° \_\_\_\_\_ declaramos que el texto enunciado a continuación fue extractado tal y como aparece en el Acta en mención.

“ \_\_\_\_\_ ”(aquí va el texto tal y como aparece en el Acta en donde debe evidenciarse claramente el nombre y números de identificación de las personas naturales o jurídicas designadas como revisores fiscales principal y suplente y el periodo para el cual fueron nombradas y se indique la fecha exacta del ejercicio en el cargo, la cual deberá estar vigente)).

Dada en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (año)

Cordialmente,

firma \_\_\_\_\_  
Presidente (Junta Directiva, Asamblea, etc.)

firma \_\_\_\_\_  
Secretario (Junta Directiva, Asamblea, etc.)

ACLARACIÓN AL ACTA N° \_\_\_\_\_

Los suscritos \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos), quienes actuamos como Presidente y Secretario de la reunión del máximo órgano de decisión (junta directiva, asamblea general, etc.) de la entidad \_\_\_\_\_ (razón social de la entidad vigilada que solicita la autorización de posesión de revisor fiscal) celebrada en \_\_\_\_\_ (municipio, ciudad - departamento) el día \_\_\_\_\_ (fecha de celebración del Acta) según Acta N° \_\_\_\_\_ aclaramos lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
(Escriba aquí las aclaraciones pertinentes al acta si hay lugar a ellas)

Dada en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (año)

Cordialmente,



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

firma \_\_\_\_\_  
Presidente (Junta Directiva, Asamblea, etc.)

firma \_\_\_\_\_  
Secretario (Junta Directiva, Asamblea, etc.)

ARCHIVO TIPO 403

**Antecedentes disciplinarios personas naturales**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO403.DOC

ARCHIVO TIPO 404

**Hoja de vida del contador público designado como revisor fiscal**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO404.DOC

REPUBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

1. DATOS PERSONALES:

Primer Apellido : \_\_\_\_\_  
 Segundo Apellido : \_\_\_\_\_  
 Nombres : \_\_\_\_\_  
 Documento de identificación : C.C    C.E    PAS    No  
 Tarjeta Profesional de Contador Público No : \_\_\_\_\_  
 Sexo : F    M  
 Nacionalidad : COL    EXTRANJERO    PAIS  
 Fecha de Nacimiento : DIA    MES    AÑO  
 Dirección para notificaciones : \_\_\_\_\_  
 Municipio : \_\_\_\_\_  
 Departamento : \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_  
 Número de la tarjeta profesional : \_\_\_\_\_

2. FORMACION ACADÉMICA:

2.1. ESTUDIOS Secundarios  
 Nombre de la institución : \_\_\_\_\_  
 Título Obtenido : \_\_\_\_\_  
 Año de terminación : \_\_\_\_\_  
 2.2. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS  
 Nombre de la institución : \_\_\_\_\_  
 Título Obtenido : \_\_\_\_\_  
 Mes y Año de Terminación : \_\_\_\_\_



Libertad y Orden

Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Mes y Año de Terminación :  
Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Mes y Año de Terminación :

2.3. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION Y CURSOS DE ACTUALIZACION

Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Duración :  
Mes y Año de Terminación :  
Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Duración :  
Mes y Año de Terminación :

Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Duración :  
Mes y Año de Terminación :  
Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Duración :  
Mes y Año de Terminación :

Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Duración :  
Mes y Año de Terminación :  
Nombre de la institución :  
Título Obtenido :  
Duración :  
Mes y Año de Terminación :

3. EXPERIENCIA LABORAL

3.1. Experiencia en el área contable en general:  
Diligencie cronológicamente iniciando por el último cargo.



ENTIDAD	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	CAUSA RETIRO

3.2. Experiencia en el área de auditoría:  
Diligencie cronológicamente iniciando por el último cargo.

ENTIDAD	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	CAUSA RETIRO

3.3. Experiencia como revisor fiscal:

ENTIDAD	SOCIEDAD POR ACCIONES		FECHA DE DESIGNACION	CALIDAD		FECHA DE RETIRO
	SI	NO		PRINCIPAL	SUPLENTE	



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos


3.4. Experiencia profesional en el área de la salud

Diligencie cronológicamente iniciando por el último cargo.

ENTIDAD	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	CAUSA RETIRO

3.5. Actividad Independiente:

Describa las actividades profesionales independientes que realiza o ha realizado:

---



---



---



---

4. REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRES

DIRECCION

TELÉFONO



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

5. SANCIONES, INHABILIDADES E IMPEDIMENTOS:

Ha sido sancionado por alguna autoridad administrativa, disciplinaria o penal:

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Si su respuesta es positiva mencione la autoridad que lo sancionó, cuándo se produjo la sanción, motivos de la sanción, qué sanción le impusieron, en caso de que la sanción sea suspensión, indicar el término:

---

---

---

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE LA INFORMACION AQUI CONSIGNADA ES CORRECTA, COMPLETA Y VERDADERA Y QUE NO ESTOY INCURSO EN LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA EJERCER EL CARGO DE REVISOR FISCAL, ESPECIFICAMENTE LAS CONTEMPLADAS EN LOS ARTICULOS 48, 50 Y 51 DE LA LEY 43 DE 1990, EL ARTICULO 205 DEL CODIGO DE COMERCIO, EN LOS ESTATUTOS DE LA PERSONA JURIDICA VIGILADA Y EN LAS DEMAS NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS.

CERTIFICO QUE NO EJERZO EL CARGO EN MAS DE CINCO (5) SOCIEDADES POR ACCIONES CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 215 DEL CODIGO DE COMERCIO.

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(NO OLVIDE REGISTRAR SU FIRMA AQUÍ)

ARCHIVO TIPO 405

**Cédula de ciudadanía del contador público designado como revisor fiscal**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO405.DOC

ARCHIVO TIPO 406

**Tarjeta profesional del contador público designado como revisor fiscal**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO406.DOC

ARCHIVO TIPO 407

**Tarjeta de registro de la persona jurídica designada como revisor fiscal**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO407.DOC



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

ARCHIVO TIPO 408

**Certificado de antecedentes disciplinarios de la persona jurídica designada como revisor fiscal**  
Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO408.DOC

ARCHIVO TIPO 409

**Certificado de existencia y representación legal de la persona jurídica designada como revisor fiscal**  
Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO409.DOC

ARCHIVO TIPO 410

**Carta suscrita por la persona jurídica designada como revisor fiscal, indicando el nombre de los contadores públicos que actuarán en su representación.**  
Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO410.DOC

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Señores:  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Bogotá, D. C.

Referencia: Designación revisores fiscales personas naturales.

En mi condición de Representante Legal de la persona jurídica: \_\_\_\_\_ (entidad designada como revisora fiscal), identificada con NIT \_\_\_\_\_ y con Registro de Inscripción ante la Junta Central de Contadores No. \_\_\_\_\_, me permito informar que la funciones de revisoría fiscal serán ejercidas por intermedio de las personas naturales señaladas a continuación y por el período comprendido entre el \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) y el \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa).

Como revisor fiscal principal: \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos)

C .C. N°: \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta profesional \_\_\_\_\_

Dirección de notificación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

correo electrónico: \_\_\_\_\_

Como revisor fiscal suplente: \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos)

C .C. N°: \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta profesional: \_\_\_\_\_



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

Dirección \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ notificación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

correo electrónico: \_\_\_\_\_

Igualmente, manifiesto que las personas elegidas no se encuentran incursas en ninguna inhabilidad o incompatibilidad para ejercer el cargo de revisor fiscal principal y/o suplente, específicamente las contempladas en los artículos 48, 50, y 51 de la Ley 43 de 1990, el artículo 205 del código de comercio, y en las demás normas sobre la materia.

Cordialmente,

(Firma) \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos del representante Legal Persona Jurídica designada como revisor fiscal)

Documento de identidad del Representante Legal : \_\_\_\_\_

Dirección para Notificación: \_\_\_\_\_

Municipio, Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

ARCHIVO TIPO 411

**Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO411.DOC

ARCHIVO TIPO 412

**Declaración de cumplimiento requisitos para presentar solicitud de autorización de posesión revisor fiscal**

Nombre del archivo: ENTIDADPPANNO412.DOC

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Bogotá, D. C.

Declaro que como Representante Legal de la entidad \_\_\_\_\_ identificada con el NIT \_\_\_\_\_ ubicada en \_\_\_\_\_ (municipio) \_\_\_\_\_ (departamento), acorde



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

con la normatividad vigente, tengo la obligación de tener autorización de posesión de revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, dado el cumplimiento de una de las siguientes condiciones:

CONDICION	MARQUE CON UNA (X) LA CONDICION QUE APLIQUE
Entidad Promotora de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, y cualquiera sea el régimen que administre.	
Empresa Social del Estado cuyo presupuesto anual es igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	
Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) persona jurídica que cumple con los siguientes requisitos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Está habilitada ante la entidad territorial correspondiente.</li> <li>2. La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) arriba citada TIENE COMO OBJETO SOCIAL PRINCIPAL LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.</li> </ol>	

Firma

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos Representante Legal de la Persona Jurídica Vigilada

Documento de identidad del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Dirección Notificación: \_\_\_\_\_

Municipio: Departamento: \_\_\_\_\_

ARCHIVO TIPO 413

**Información sobre reelección de revisor fiscal.**

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO413.DOC

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Bogotá, D. C.



Libertad y Orden



Título XI  
Anexos Técnicos

Referencia: Información de reelección de revisor fiscal.

En mi condición de Representante Legal de la persona jurídica vigilada identificada con NIT \_\_\_\_\_, informo a la Superintendencia Nacional de Salud, que la (s) siguiente (s) personas han sido *reelegida(s)* como revisor(es) fiscal(es) (principal y/o suplente) de la persona jurídica que represento HASTA EL \_\_\_\_\_ (fecha hasta la que fueron reelegidos), mediante acta número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ celebrada en reunión de: \_\_\_\_\_ (Junta Directiva, Junta de Socios, Asamblea etc.), debidamente firmada por quienes actuaron como Presidente y Secretario.

Nombre completo o razón social de la persona natural o jurídica reelegida como Revisor Fiscal Principal

C.C. \_\_\_\_\_ o NIT \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Dirección domiciliaria \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono, fax, correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta profesional \_\_\_\_\_

Nombre completo o razón social de la persona natural o jurídica reelegida como Revisor Fiscal Suplente:

C.C. \_\_\_\_\_ o NIT \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Dirección Domiciliaria: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono, fax, e-mail \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta profesional \_\_\_\_\_

Cordialmente,

\_\_\_\_\_

(Firma)

Nombres y Apellidos del Representante Legal de la Persona Jurídica Vigilada:

Documento de identidad del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona jurídica vigilada para Notificación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

correo electrónico \_\_\_\_\_

(EL SIGUIENTE ACÁPITE ES APLICABLE ÚNICAMENTE A LAS IPS DE NATURALEZA PRIVADA)



Título XI Anexos  
Técnicos

Declaro que la entidad que represento es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que TIENE COMO OBJETO SOCIAL PRINCIPAL LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, y se encuentra debidamente habilitada ante el Ente Territorial correspondiente.

Atentamente,

Firma Representante  
Legal