DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141044073183

(415)7707212489984(8020) 000014104407318 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 0 6 4 2 7	8	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
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
UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

41. Dirección principal
CL 20 A 7 40 BRR GRANADA

42. Correo electrónico gerencia@unioftalt.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 9 1 4 2 0 3	3 1 5 3 1 0 2 4 3 0

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 2 1	2 0 1 3 0 4 0 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	4	8	5	2	5	5												

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

Usuarios aduaneros

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

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 61. Fecha 2024 - 05 - 31 / 15 : 16: 06

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 BUITRAGO MEJIA ROSA LILIANA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141044073183

(415)7707212489984(8020) 000014104407318 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 6 0 6 4 2 7	8	Impuestos y Aduanas de Girardot	8	

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		
73. Fecha	2 0 1 3 0 2 0 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 3 0 4 0 5	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 6 8 8 0 4	
78. Departamento	2 5	
79. Ciudad/Municipio	3 0 7	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 3 0 2 0 1	
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 7 0 9 2 5		-
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: 141044073183

(415)7707212489984(8020) 000014104407318 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 6 0 6 4 2 7	8	Impuestos y Aduanas de Girardot	8	

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 3 3 2 6 5 8 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BUITRAGO	MEJIA	ROSA	LILIANA

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 1 7 0 9 1 9

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 7 8 6 6 7 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
NUÑEZ	BUSTAMANTE	ANDRES	AUGUSTO

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: 141044073183

(415)7707212489984(8020) 000014104407318 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 6 0 6 4 2 7	8	Impuestos y Aduanas de Girardot	8	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de Identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 3 0 2 5 5 4		1 9 4 4 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
PRADA	PEDROZA	JOSE	ANTONIO

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

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

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 3	3 9 5 7 1 2 4 9		7 2 2 2 9

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
QUINCHIA	BARRERO	MARTHA	ISABEL

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 2 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141044073183

(415)7707212489984(8020) 000014104407318 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 6 0 6 4 2 7	8	Impuestos y Aduanas de Girardot	8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1	

162. Nombre del establecimiento: UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7	

165. Dirección: CL 20 A 7 40 BRR GRANADA

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Estado de la Empresa o Persona

001

Página 6 de 6 **Hoja 7**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141044073183

(415)7707212489984(8020) 000014104407318 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Girardot	8

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				-
3				-
4				-
5				-
6				-
7				-
8				-
9				-
10				-
11				-
12				-
13				-
14				-
15				-
16				-
17				-
18				-
19				-
20				-
21				-
22				-

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900606427-8
ADMINISTRACIÓN DIAN : GIRARDOT
DOMICILIO : GIRARDOT

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 68804
FECHA DE MATRÍCULA : ABRIL 05 DE 2013
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2024
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 16 DE 2024
ACTIVO TOTAL : 9,498,518,216.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CRA 7A NO. 20A - 20 BRR GRANADA
MUNICIPIO / DOMICILIO: 25307 - GIRARDOT
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3176795772
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 8352204
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : unoftalt.2013@gmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 20 A NO. 7-40 BRR GRANADA
MUNICIPIO : 25307 - GIRARDOT
CORREO ELECTRÓNICO : unoftalt.2013@gmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : unoftalt.2013@gmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ACTA DEL 01 DE FEBRERO DE 2013 SUSCRITA POR ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9531 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 05 DE ABRIL DE 2013, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S.

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
CE-1	20171102	CONTADOR PUBLICO	GIRARDOT	RM09-12770	20171109
AC-10	20200914	ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS	GIRARDOT	RM09-15167	20201022
CE-	20200930	REVISOR FISCAL	GIRARDOT	RM09-15168	20201022

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL.- CONSTITUYE EL OBJETO SOCIAL DE LA PRESENTE SOCIEDAD, LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD, CLINICOS, QUIRURGICOS Y HOSPITALARIOS EN LOS NIVELES DE BAJA, MEDIA Y PRINCIPALMENTE, DE ALTA COMPLEJIDAD, ASI COMO EL DESARROLLO E INVESTIGACION DE CARÁCTER CIENTIFICO EN SALUD, PARTICULARMENTE EN EL AREA DE OTALMOLOGIA EN TODO LO QUE A ESTA SE REFIERA. EN DESARROLLO DE DICHO OBJETO, LA SOCIEDAD PODRA: 1. DESARROLLAR, GENERAR, DIRIGIR Y PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, DIRIGIDOS AL ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO E INVESTIGACION, EMPLEANDO PARA EL EFECTO IMÁGENES DIAGNOSTICAS, BIOTECNOLOGIA Y BIOGENETICA, EN TODAS SUS MODALIDADES; 2. PROMOVER LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL AMBITO MEDICO DE BIOINGENIERIA Y BIOTECNOLOGIA EN EL CAMPO DE LA SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD; 3. DESARROLLAR CONVENIOS DOCENTE - ASISTENCIALES DE FORMACION ACEDEMICA; 4. ADQUIRIR, INTERCAMBIAR, FABRIAR, REPRESENTAR, PROMOVER Y/O COMERCIALIZAR EQUIPOS BIMEDICOS Y DE BIÓTECNOLOGIA, O DE CUALQUIER OTRO TIPO O PARA CUALQUIER OTRO USO TERAPEUTICO, TANTO A NIVEL NACIONAL COMO INTERNACIONAL; 5. CREAR, COMERCIALIZAR Y PROMOVER BAJO CUALQUIER MODALIDAD, PROYECTOS RELACIONADOS CON EL OBJETO SOCIAL; 6. EN GENERAL, PODRA DESARROLLAR CUALQUIER ACTO LICITO DE COMERCIO. PARAGRAFO: LA SOCIEDAD PODRA CONCURRIR A LA CONSTITUCION DE NUEVAS SOCIEDADES O INGRESAR COMO SOCIO O ACCIONISTA DE LAS YA EXISTENTES, CUANDO LA ACTIVIDAD DE ELLAS ES IGUAL, SIMILAR O COMPLEMENTARIA CON LA SUYA O CUANDO A PESAR DE NO DARSE ESTAS CONDICIONES, LA ASOCIACION CONVENGA A SUS INTERESES, TODO ELLO A JUICIO DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	500.000.000,00	500,00	1.000.000,00
CAPITAL SUSCRITO	500.000.000,00	500,00	1.000.000,00
CAPITAL PAGADO	500.000.000,00	500,00	1.000.000,00

CERTIFICA - REPRESENTACIÓN LEGAL

REPRESENTACION LEGAL.- LA SOCIEDAD TENDRA UN GERENTE QUE EJERCERA LAS FUNCIONES DE REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN PODRA SER MIEMBRO O NO DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, CON UN SUPLENTE QUE REEMPLAZARA EN SUS FALTAS TEMPORALES, ABSOLUTAS O ACCIDENTALES, QUIEN SERA EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD. EN NINGUN CASO EL SUPLENTE PODRA EJERCER LA REPRESENTACION DE FORMA SIMULTANEA CON LA TITULAR. LA DESIGNACION O REELECCION DEL GERENTE Y SU SUPLENTE SE HARA POR MAYORIA CALIFICADA DE LOS MIEMBROS DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS CADA AÑO. EL GERENTE O EL QUE HAGA SUS VECES SERA EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD PARA TODOS SUS EFECTOS.

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 7 DEL 14 DE JULIO DE 2017 DE ACTA DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12670 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	BUITRAGO MEJIA ROSA LILIANA	CC 63,326,580

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 7 DEL 14 DE JULIO DE 2017 DE ACTA DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12670 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	NUÑEZ BUSTAMANTE ANDRES AUGUSTO	CC 79,786,677

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

FUNCIONES. EL GERENTE EJERCERA TODAS LAS FUNCIONES DE LA NATURALEZA DE SU CARGO, Y EN ESPECIAL LAS SIGUIENTES: 1. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LOS ACCIONISTAS, ANTE TERCEROS Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES DE ORDEN ADMINISTRATIVO Y JURISDICCIONAL; 2. EJECUTAR TODOS LOS ACTOS U OPERACIONES CORRESPONDIENTES A SU OBJETO SOCIAL DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LAS LEYES Y EN ESTOS ESTATUTOS; 3. AUTORIZAR CON SU FIRMA TODOS LOS DOCUMENTOS PUBLICOS O PRIVADOS QUE DEBAN OTORGARSE EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES O DE INTERES DE LA SOCIEDAD; 4. PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL EN SUS REUNIONES ORDINARIAS, UN INVENTARIO Y UN BALANCE DE FIN DE EJERCICIO, JUNTO CON UN INFORME ESCRITO SOBRE LA SITUACION DE LA SOCIEDAD, UN DETALLE COMPLETO DE LAS CUENTAS PEDIDAS Y GANANCIAS Y UN PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES OBTENIDAS; 5. NOMBRAR Y REMOVER LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD; 6. TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAME LA CONSERVACION DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LA ACTIVIDAD DE LOS EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACION DE LA SOCIEDAD E IMPARTIR LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE EXIJA LA BUENA MARCHA DE LA COMPAÑÍA; 7. CONVOCAR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A REUNIOES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE CONVENIENTE O NECESARIO Y HACER LAS CONVOCATORIAS DE LA CASO CUANDO LO ORDENEN LOS ESTATUTOS; 8. CUMPLIR LAS ORDENES E INSTRUCCIONES QUE LE IMPARTAN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, Y EN PARTICULAR SOLICITAR AUTORIZACIONES PARA LOS NEGOCIOS QUE DEBA APROBAR LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS EN CUANTIA SUPERIOR A MIL SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (1000 SMLMV) AL MOMENTO DE CELEBRACION DE LA OPERACIÓN; 9. CUMPLIR O HACER QUE SE CUMPLAN OPORTUNAMENTE TODOS LOS REQUISITOS O EXIGENCIAS LEGALES QUE SE RELACIONEN CON EL FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 9 DEL 02 DE ENERO DE 2020 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 14615 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 26 DE FEBRERO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL	PRADA PEDROZA JOSE ANTONIO	CC 11,302,554	19448-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S.
MATRICULA : 68808
FECHA DE MATRICULA : 20130408
FECHA DE RENOVACION : 20240316
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2024
DIRECCION : CRA 7A NO. 20A - 20 BRR GRANADA
MUNICIPIO : 25307 - GIRARDOT
TELEFONO 1 : 3176795772
TELEFONO 2 : 8352204
CORREO ELECTRONICO : unoftalt.2013@gmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : M7490 - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P.
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 9,498,518,216

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $913,238,222
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621

CERTIFICA

CODIGO DE VERIFICACIÓN VNjeqRmMNe

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $7,900

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE GIRARDOT, ALTO MAGDALENA Y TEQUENDAMA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=14 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación VNjeqRmMNe

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



Diana Mayerly López Betancourth
Director Jurídico y de Registro

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 63.326.580
BUITRAGO MEJIA
APELLIDOS
ROSA LILIANA
NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1966
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
31-OCT-1984 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1521800-01097428-F-0063326580-20190905 0067652637A 1 53133265

UNIOFTALT

UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS

Girardot, 27 de junio del año 2024

Señores:
Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.
Dra. PAULA GONGORA SAAVEDRA
Gerente

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES – HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E.

Yo, ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.326.580 de Bucaramanga, por medio del presente documento manifiesto bajo juramento no hallarme incurso, en algunas de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993.

La presente certificación se expide en el Municipio de Girardot, Cundinamarca, a los veintisiete días (27) del mes de junio del año 2024.

Cordialmente,

ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA
63.326.580
Representante legal

calle 20A No 7-40
3107914203
Unidadoftalmologica2019@gmail.com

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 249430551

PIB
10:03:17

Bogotá DC, 25 de junio del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS identificado(a) con NIT número 9006064278:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 25 de junio de 2024, a las 10:05:25, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	9006064278
Código de Verificación	900606427824062510052 5

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:49:48 horas del 25/06/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63326580,** Apellidos y Nombres **BUITRAGO MEJIA ROSA LILIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **unidad oftalmologica de alta tecnologia sas**, con NIT **900606427-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:56:52 AM horas del 25/06/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **63326580**
Apellidos y Nombres: **BUITRAGO MEJIA ROSA LILIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

UNIOFTALT

UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a)**ROSA LILIANAN BUITRGO MEJIA** identificado con la cedula de ciudadanía No. 63.326.580 expedida en Bucaramanga, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E., identificada con el NIT 890.701.033-0, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de El Hospital San Rafael De El Espinal E.S.E, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Girardot, a los veintisiete días (27) de junio de 2024.

Firma:
Nombre: ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA
Cédula: 63.326.580

calle 20A No 7-40
3107914203
Unidadoftalmologica2019@gmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: Unidad Oftalmologica de Alta Tecnologia SAS.

SIGLA:

NIT No.: 900.606.427-8

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [X] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: 08 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE: 16 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA

PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Giraldot

DIRECCIÓN: Calle 20A #7-40

TELÉFONOS: 601 8352204

FAX:

APARTADO AÉREO:

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 Consulta oftalmologia
2 catarata Manual
3 Cirugia oftalmologica Facohemulsifica
4 Examen Diagnosticos
5
6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
Hospital Tolemaida	X			activo	130.000.000
Hospital San Rafael Espinal.	X			activo	100.000.000
Dispensario Medico Tolemaida	X			31-12-2023	150.000.000
Policia Nacional.	X			Activo.	150.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA):

NOMBRES:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 63.326.580

ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 500.000.000=

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES:

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA x

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 26-06-2024

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

CIUDAD Y FECHA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Buitrago	Mejia	Rosa liliana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 63 326.580 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 09 AÑO 1966

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

MUNICIPIO Bucaramanga

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 20 A # 7-40

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Girardot

TELÉFONO 3153102430 EMAIL rliliana buitrago@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 1983

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Pr Grado		X		Medico Cirujana	06	1991	
Pos Grado		X		Especialista Oftalmologia	03	1998	8541/92

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles.			X			X			X

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Unidad Oftalmologica de Alta Tecnologia		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Girardot	administración@uniaftalt.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3107914203	DÍA 01 MES 05 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Oftalmologa		Calle 20 A # 7-40

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	25	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Girardot Junio 26/2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Resultado General -2019-05-25--9:24:21 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	63326580	ROSA	LILIANA	BUITRAGO	MEJIA	Ver

Información Detallada [CC: 63326580] ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA

2019-05-25--9:24:21 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	1992-10-07	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA	1998-03-12	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 249430420

PIB
10:02:13

Bogotá DC, 25 de junio del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63326580:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 25 de junio de 2024, a las 10:04:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

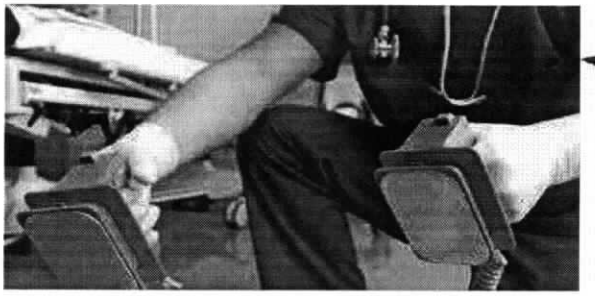
Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63326580
Código de Verificación	63326580240625100446

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB



JCSALUD S.A.S.

Nit 900990134-1

Educación No Formal

Decreto 4904 de Diciembre 16 de 2009, Capítulo V numeral 5.8

HACE CONSTAR QUE:

Rosa Liliana Buitrago Mejia

OFTALMÓLOGO

63.326.580

Asistió y recibió capacitación teórico práctica sobre

Entrenamiento teórico y práctico para la Reanimación Cardiocerebropulmonar Avanzada

Con base en las actulizaciones de la American Heart Asociation (AHA) 48 horas.

Girardot, domingo, 23 de julio de 2023

JUAN CARLOS URQUIJO PEREIRA
REPRESENTANTE LEGAL
SPEAKER
JCSALUD S.A.S.

MARTHA LILIANA ROZO CASTRO
SECRETARIA
JCSALUD S.A.S

Verificacion de autenticidad, solicitar con el consecutivo 055 al correo:
jcup333@gmail.com
Tel - WhatsApp 3176475168





JCSALUD S.A.S.

Nit 900990134-1

Educación No Formal

Decreto 4904 de Diciembre 16 de 2009, Capítulo V numeral 5.8

HACE CONSTAR QUE:

Rosa Liliana Buitrago Mejia

OFTALMÓLOGO

63.326.580

Asistió y recibió capacitación teórico práctica sobre

SOPORTE VITAL BASICO

con base en los lineamientos de la Asociacion Americana de Corazón "AHA", con una intensidad de 60 horas.

Girardot, sábado, 22 de julio de 2023

JUAN CARLOS URQUIJO PEREIRA
REPRESENTANTE LEGAL
SPEAKER
JCSALUD S.A.S.

MARTHA LILIANA ROZO CASTRO
SECRETARIA
JCSALUD S.A.S

Verificacion de autenticidad, solicitar con el consecutivo 083 al correo:

jcup333@gmail.com

Tel - WhatsApp 3176475168

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

NOTARIA 2a. REPUBLICA DE COLOMBIA
Circulo Notarial de Cheri
JORGE ELIECER CHAUTA JIMENEZ
27 MAR 2003
Esta fotocopia coincide exactamente con el original que tuvo a la vista

TENIENDO EN CUENTA QUE

Rosa Liliana Buitrago Mejía

C.C. 63.326.580 de Bucaramanga (Sder.)

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE

TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

Especialista en Oftalmologia

EN LA CIUDAD DE Santa Fé de Bta 12 de Marzo DE 1998

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

0006566

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No. 05[illegible]

Firma Médico

Nombres y Apellidos
ROSA LILIANA BUITRAGO REJIA

C.C. o C.E. 63326500 De: BUCARAMANGA

Universidad: UAL DE COLOMBIA Ciudad: STAFE BTA

Cód. Univ. 001070 Fecha de Expedición: 26/05/93

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO No 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 8009

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 18 DE Junio DE 1991

ACTA No. 23 CONSIDERANDO QUE

Rosa Liliana Buitrago Mejia

C.C. No. 63'326.580 de Bucaramanga

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

Médica Cirujana

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 115 L 54 ff

INTER-ALIAS-ACADEMIA-QUÆRE-VERUM

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Bogotá A LOS 27 DIAS DEL MES DE Junio DE 1991

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

0029190

Acuerdo No. 156 de 1980 - Consejo Superior Universitario

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Nuñez	Bustamante	Andres Augusto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79.786.677 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombiano

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 79.786.677. D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 07 MES 07 AÑO 1976

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogota D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 7A # 20A-20

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Girardot

TELÉFONO: 3007003594 EMAIL: doniaanb@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES [ ] AÑO [ ]
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Pregrado		X		Medico Cirujano	12	1999	
Pos Grado		X		Especialización en oftalmologia	01	2004	79786677.

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles.		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Unidad Oftalmologica de Alta Tecaologia		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Girardot	administración@unioftalt.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3107914203	DÍA 01 MES 05 AÑO 2013	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Oftalmologo		Calle 30A # 7-40

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	19	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Girardot, Junio 26/2024

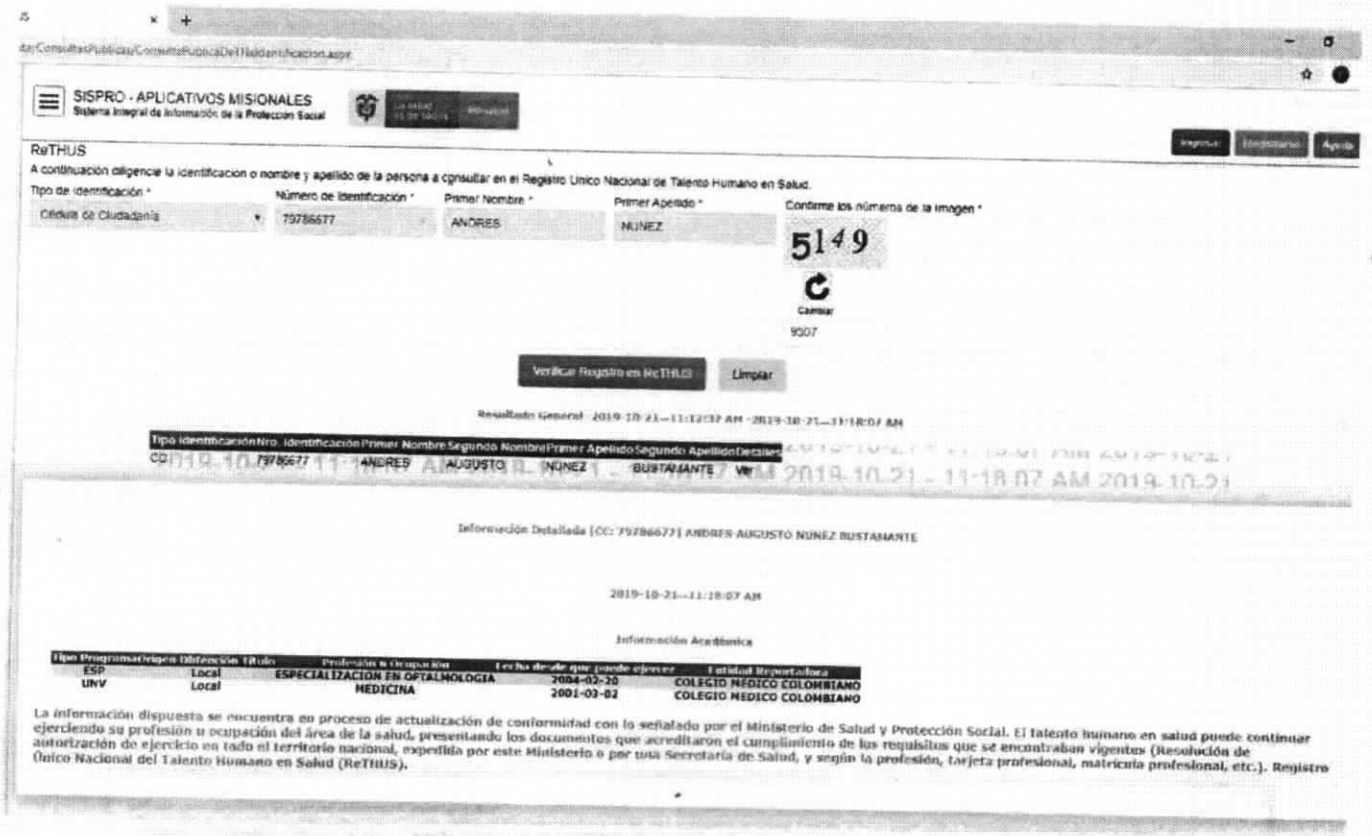
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

ReTHUS

A continuación diligencie la identificacion o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de identificación *	Número de identificación *	Primer Nombre *	Primer Apellido *	Confirme los números de la imagen *
Cédula de Ciudadanía	79786677	ANDRES	NUNEZ	5149

Cambiar

9507

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2019-10-21--11:12:32 AM - 2019-10-21--11:18:07 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	79786677	ANDRES	AUGUSTO	NUNEZ	BUSTAMANTE	Ver

Información Detallada [CC: 79786677] ANDRES AUGUSTO NUNEZ BUSTAMANTE

2019-10-21--11:18:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Titulación	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
ESP	Local			ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGIA	2004-02-20	COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO
UNV	Local			MEDICINA	2001-03-02	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

E.S.E Hospital San Carlos
Saldaña

Hospital San Carlos
Empresa Social del Estado
Saldaña – Tolima
NIT 890.701.300-2

LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que, el doctor **ANDRES AUGUSTO NUÑES BUSTAMANTE**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.786.677 de Bogotá, se contrató para desempeñar el cargo de MEDICO EN AÑO SOCIAL OBLIGATORIO.

Que el contratado desempeño el cargo mencionado por el periodo comprendido del 4 de Enero de 2000 al 3 de Enero de 2001, y cumplió con todos los programas y actividades que le fueron asignadas por el servicio de Salud del Tolima.

Que el cargo y localidad antes señaladas eran válidos para la prestación del servicio social obligatorio, según formulario No. 011 de Diciembre 31 de 1998, No de orden 51M.

Que en consecuencia el doctor ANDRES AUGUSTO NUÑEZ BUSTAMANTE, ha cumplido con el servicio social obligatorio, al Tenor de la Ley 52 de 1964 (12 meses).

Se expide la presente constancia con destino al interesado.

Dada en Saldaña Tolima a los tres (03) días del mes de julio del 2019.

LEIDY JOHANA MORALES RODRIGUEZ
Jefe de Talento Humano

Calle 11 # 9-88 B/Bonanza
Contacto: (098) 226 60 52 Fax: (098) 226 71 91cel 3214353105- E-Mail: contratacion@esehsc-saldana-tolima.gov.co



LA UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S

HACE CONSTAR QUE:

Andres Augusto Núñez Bustamante

IDENTIFICADO (A) CON C.C 79.786.677

ASISTIÓ A LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN CONTINUA EN
LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

CLARA INES CAMACHO
LÍDER DE CALIDAD

ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA
GERENTE

SE EXPIDE EN GIRARDOT, EL DÍA 12 DE JULIO DE 2023

LA UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S

HACE CONSTAR QUE:

Rosa Liliana Buitrago Mejia

IDENTIFICADO (A) CON C.C 63.326.580

ASISTIÓ A LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN CONTINUA EN
LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

CLARA INES CAMACHO
LÍDER DE CALIDAD

SANDRA MILDRE ROJAS ORTIZ
GERENTE

SE EXPIDE EN GIRARDOT, EL DÍA 12 DE JULIO DE 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 8042

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESIÓN DEL DÍA 2 DE Diciembre DE 1999

ACTA No. 39 CONSIDERANDO QUE :

Andrés Augusto Nuñez Bustamante

C.C. No. 79.786.677 de Santafé de Bogotá D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE :

Médico Cirujano

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA No. 0059988 CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 277 L.54R

ACUERDO No.156 DE 1980 DEL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Santafé de Bogotá D.C A LOS 21 DÍAS DEL MES DE Diciembre DE 1999

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADOS
Sede Bogotá, D.C.

ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA
Registro ICFES No. 27095017070110011110O

ACTA DE GRADO No. 110

En la ciudad de Bogotá D.C., siendo las 11:00 a.m. del día veinte (20) de Febrero del año dos mil cuatro (2.004), se reunieron en el Auditorio "Mariano Albero Alvear Orozco", los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General, Jorge García Gómez, Decano de Postgrados de Medicina; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico, con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de Especialistas en Oftalmología, debidamente autorizados por el Consejo Académico según Acta No. 038 del treinta (30) de Febrero del año dos mil cuatro (2.004), a los doctores que se relacionan a continuación. Los graduandos acreditaron el cumplimiento del Programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo 043 de Octubre 6 de 1.996.

Andrés Augusto Nuñez Bustamante C.C. 79.786.677 Bogotá L.M. 79786677 Dis. 55

Los Especialistas cumplieron satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y les otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA**.

Luego el doctor Jaime Villamizar Lamus, tomó a los especialistas el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: "JURAÍS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA? Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIEREÍS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO ÉL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se procedió a la nominación de Especialistas y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes.

Estuvieron presentes en la solemne ceremonia las personalidades del Alma Mater, encabezadas por el doctor Jaime Villamizar Lamus, Rector; los señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá, D.C.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación correspondiente y el Señor Rector, dió por terminada la ceremonia, siendo las 12.00 m.

Para constancia se firma la presente Acta, en Bogotá, D.C., a los a los veinte (20) días del mes de Febrero del año dos mil cuatro (2.004).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente.

Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número 006030 anotado en el Folio 170 del Libro número 01 de fecha treinta (30) de Enero del año dos mil cuatro (2.004).

Se expide en Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de Enero del año dos mil cuatro (2.004).

JOSE RICARDO CABALLERO CALDERON
Secretario General

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E.
Nit: 890.701.033-0

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO No.	033- CPS
FECHA	01 DE ENERO DEL AÑO
NÚMERO DEL PROCESO	033-CPS-2024
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.
NIT	890.701.033-0
CONTRATISTA	UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S.
IDENTIFICACIÓN	900.606.427-8
REPRESENTANTE LEGAL	ROSA LILIANA BUITRAGO MEJÍA
IDENTIFICACIÓN	63.326.580 DE BUCARAMANGA
DIRECCIÓN	CL 20 A #7-40 BRR GRANADA GIRARDOT
TELÉFONO	3107914203
CORREO ELECTRÓNICO	GERENCIA@UNIOFTALT.COM
RÉGIMEN TRIBUTARIO	REGIMEN COMUN

Entre los suscritos a saber: por una parte, el **HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E**, representada legalmente en su condición de Gerente por la doctora **CARMEN PATRICIA HENAO MAX**, mayor de edad y, vecina en la actualidad de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 30.328.159 de Manizales, nombrada mediante Decreto No. 0450 del 30 de abril de 2020, posesionada el 30 de abril de 2020 por el señor Gobernador del departamento del Tolima, facultada para celebrar contratos de conformidad con el Acuerdo No. 013 de 2022 y la resolución No. 0425 de 2022, y quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y, por otra parte **UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S.** identificada con NIT: 900.606.427-8, representada legalmente por la señora **ROSA LILIANA BUITRAGO MEJÍA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.326.580 de Bucaramanga, quien manifiesta bajo la gravedad de juramento no estar incurso(a) en causales de inhabilidad e incompatibilidad conforme al artículo 8º de la Ley 80 de 1993, adicionado y modificado por el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y el parágrafo 2 del artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, para celebrar el presente contrato y quien para los efectos del mismo se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, el cual se regirá por las siguientes:

CLÁUSULAS	
1. OBJETO.	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL.
2. PLAZO.	Dos (02) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y legalización del contrato.
3. LUGAR DE EJECUCIÓN.	Sede principal del Hospital San Rafael del Espinal Tolima.
4. OBLIGACIONES.	**OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista. 2. Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007. 3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante. 4. Responder por la calidad de los servicios prestados.

5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.
6. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley.
7. Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Prestar los servicios de salud especializados para procedimientos oftalmológicos, de acuerdo con la propuesta presentada por parte del contratista para la suscripción del contrato y su anexo respectivo.
2. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto del contrato.
3. Prestar los servicios conforme a los procesos relacionados, con los criterios de calidad, seguridad, pertinencia, oportunidad y eficiencia debidas, conservando los principios de ética profesional.
4. Contar con un equipo Laser Oftalmológico de avanzada tecnología y todos los materiales requeridos para los procedimientos.
5. Diligenciar en forma completa y adecuada la Historia Clínica de los pacientes.
6. Prestar atención inmediata a través de las rutinas y procedimientos de diagnóstico, tratamiento clínico para asegurar la calidad de la asistencia médica a los pacientes.
7. Orientar a los pacientes y a la familia sobre los cuidados y procedimientos realizados en las rutinas hospitalarias así como en los cuidados después de ser dados de alta.
8. Diligenciar la historia clínica dando respuesta a las valoraciones, interconsultas que sean solicitadas.
9. Entregar a enfermería las órdenes relacionadas con el tratamiento de un paciente.
10. Registrar o diligenciar el 100% de los formatos requeridos como soporte de facturación en las actividades médicas realizadas.
11. Supervisar, capacitar y acompañar, las actividades de los estudiantes de acuerdo a los convenios docente asistencial.
12. Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, urgencias, Cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria del mismo, en común acuerdo con el servicio.
13. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requiera e su intervención.
14. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, formatos de justificación de medicamentos, servicios e insumos NO POS, diligenciar y registrara en la historia clínica los reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los

	procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. **15.** En caso de presentarse glosas durante el proceso de recaudo, el Hospital revertirá al contratista si comprueba que existió culpabilidad de éste último. **16.** Rendir los informes que requiera el supervisor del contrato o las diferentes áreas del hospital con ocasión de la ejecución de las actividades. **17.** Participar en las reuniones multidisciplinarias para toma de decisiones de pacientes y de los comités que sean necesarios para la revisión de historias clínicas, eventos adversos, juntas médicas, auditorias médicas y otras actividades médicas y administrativas y las que de aquellas se deriven que tengan relación con el servicio de salud contratado. **18.** Informar al Supervisor del contrato sobre cualquier novedad relacionada con el desarrollo del objeto contractual. **19.** Las demás que sean impartidas por el Supervisor del contrato, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de la misma, de acuerdo con las directrices que imparta la Gerencia.
5. VALOR.	CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000) MONEDA CORRIENTE.
6. FORMA DE PAGO.	El Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E. pagará el valor del contrato en pagos parciales, de acuerdo con los procedimientos realizados por mes y previa presentación de los siguientes documentos: • Cuenta de cobro y/o factura de venta • Informe de actividades • Soporte de pago al sistema de seguridad social integral • Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor **PARÁGRAFO**: Los servicios, actividades, procedimientos y tecnologías en salud serán reconocidos y pagados al CONTRATISTA según la modalidad de contratación y forma de pago pactada entre el HOSPITAL y las empresas promotoras de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y demás entidades responsables de pago. En caso de que ocurran cambios en la contratación con las empresas promotoras de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y demás entidades responsables de pago, el contrato será objeto de modificación mediante la suscripción de un acta adicional y modificatoria.
7. REQUISITOS DE PAGO.	El contratista deberá presentar los siguientes documentos para gestionar el o los pagos productos del presente contrato: **1.** Cuenta de cobro y/o factura de venta.**2.** Informe de actividades. **3.** Soporte de pago al sistema de seguridad social integral y parafiscal. **4.** Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor. **PARÁGRAFO:** Para el pago el contratista deberá acreditar el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral, de acuerdo con el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a

	las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019).
8. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL.	El valor del presente Contrato se imputará con cargo al certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 3 9 del 01 de enero del año 2024.
9. SUPERVISOR.	EL HOSPITAL, efectuará la supervisión del presente contrato a través de **HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO** Subdirector Operativo, del Hospital San Rafael de El Espinal E.S.E., y/o el funcionario designado por la gerencia del Hospital. Para lo cual deberá cumplir con las funciones establecidas en la Ley y la Resolución No. 0424 del 2022 (Manual de supervisión e interventoría).
10. GARANTÍAS.	El CONTRATISTA se obliga a constituir en una compañía de seguros, legalmente establecida en Colombia, cuya póliza matriz está aprobada por la Superintendencia Financiera, garantía única de cumplimiento que ampare los siguientes riesgos: 1. **DE CUMPLIMIENTO:** Para cubrir cualquier hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista equivalente a un veinte (20%) por ciento de la cuantía del contrato, vigente hasta la ejecución del mismo y seis (6) meses más. 2. **DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** Para garantizar el pago de salarios, honorarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal, por una cuantía equivalente al cuarenta (40%) por ciento del valor total del contrato por el termino de vigencia del mismo y (03) tres años más. 3. **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** Para que cubra al contratista contra todo riesgo por los daños que puedan causarse a terceros o a propiedades del hospital, por una cuantía equivalente al veinte (20%) por ciento de su valor total, y una vigencia igual al plazo del contrato y dos años más.
11. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES	En este contrato se entienden pactadas las cláusulas excepcionales previstas en los artículos 14 al 18 de la ley 80 de 1993, y demás normas que regulen la materia.
12. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	Sólo en eventos de fuerza mayor, caso fortuito y/o por mutuo acuerdo, las partes podrán suspender la ejecución del contrato. Este hecho, previo concepto del supervisor, se hará constar en acta que suscribirán el CONTRATISTA y el supervisor con el visto bueno del ordenador del gasto.
13. MODIFICACIONES, PRORROGAS, ADICIONES, TERMINACION ANTICIPADA Y CADUCIDAD.	Toda solicitud de este tipo será tramitada por el ordenador del gasto, previa solicitud escrita ya sea por el supervisor, la solicitud debe estar acompañada de los soportes indicados, conceptuando sobre su necesidad y conveniencia, con la debida antelación al vencimiento del plazo de ejecución.
14. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA	El CONTRATISTA deberá cumplir con las políticas, criterios, manuales y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael E.S.E. frente al sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información en concordancia con las directrices

PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y REPORTE DE INFORMACIÓN.	y lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. El CONTRATISTA deberá cumplir con los procedimientos, mecanismos e instrumentos que, en materia de prevención, administración del riesgo y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información adoptará el Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas.
15. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – HABEAS DATA.	El Hospital San Rafael de El espinal E.S.E. de conformidad con su política de protección de datos personales se encuentra comprometido el tratamiento legal, legítimo y seguro de los datos personales contenidos en sus sistemas de información, documentos, archivos, formatos, formularios y demás instrumentos de recolección o almacenamiento de información física o digital. En virtud de lo anterior, la información entregada al CONTRATISTA para la ejecución del contrato permanecerá en la base de datos de la entidad contratante mientras la misma sea necesaria o durante el término que determine la ley. Al suscribir el presente contrato, como CONTRATISTA manifiesto que fui informado expresa y previamente por parte del Hospital San Rafael, como responsable del tratamiento de la información, de las finalidades, obligaciones y deberes enmarcados en la ley de protección de datos, así como los derechos que me asisten, como lo son conocer, actualizar o rectificar mi información y ejercer los demás derechos previstos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y complementarios, según la política de tratamiento de datos personales, disponible en: http://www.hospitalsanrafael-espinal.gov.co, en la cual se indica los canales habilitados por la ESE para ejercerlos
16. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERESES.	EL CONTRATISTA tal como lo acredita por escrito en su propuesta, declara bajo la gravedad de juramento, que no se encuentra incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades para contratar con las Entidades Estatales (Constitución Política de Colombia, artículo 8 de la Ley 80 de 1993, 6 Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015) y que, si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la Ley 80 de 1993; así mismo declara que no se encuentra incurso en conflictos de intereses.
17. CESION DEL CONTRATO.	LA CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato en todo o en parte a persona alguna natural o Jurídica nacional o extranjera sin el consentimiento previo y expreso otorgado por escrito por parte del HOSPITAL.
18. CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El contrato también podrá terminarse por cualquiera de los siguientes eventos: **i)** por acuerdo de las partes; **ii)** por vencimiento del plazo; **iii)** por caso fortuito o fuerza mayor; **iv)** por incumplimiento, de una o algunas de las obligaciones contratadas o su ejecución tardía, defectuosa o en forma diferente a la acordada en los términos definidos para este contrato.

19. MULTAS.	En caso de mora o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones aquí estipuladas en que incurren algunas de las partes, deberá pagar a la parte cumplida la suma equivalente a diez (10%) del valor del contrato, a título de indemnización por dicho incumplimiento. El pago se ajustará al procedimiento legal establecido para tal fin. Si ello no fuere posible, su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas y demás sanciones impuestas por el HOSPITAL se informará a las entidades respectivas. **PARÁGRAFO**. La exigibilidad de las multas no exonerará al CONTRATISTA del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del contrato.
20. CLÁUSULA PENAL.	En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA o de la declaratoria de caducidad, éste deberá pagar un valor equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, el cual se podrá cobrar, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial a título de sanción pecuniaria, siendo la estimación anticipada de perjuicios pactada por las partes en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo.
21. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.	Las controversias o diferencias que surjan entre el contratista y el contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo mediante la conciliación.
22. EXCLUSION DE RELACIÓN LABORAL.	Las actividades que ejecuta EL CONTRATISTA y sus empleados, en desarrollo del presente contrato no generan relación laboral, ni pago de prestaciones sociales por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°. Numeral 3° del artículo 32 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. El CONTRATISTA deberá cumplir con los aportes al sistema de seguridad social y el CONTRATANTE realizará los controles mensuales para verificar que EL CONTRATISTA haya realizado el pago de las obligaciones durante la ejecución del contrato.
23. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO.	Forman parte integrante de este contrato los siguientes documentos: **1.** El CDP y los demás documentos expedidos en la etapa pre-contractual, contractual y postcontractual. **2.** Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. **3.** Todos los documentos necesarios para la legalización que se elaboren. **4.** Los documentos que soporten la ejecución del mismo.
24. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.	El presente contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, y para su legalización y posterior ejecución se requiere: **a)** Registro presupuestal. **b)** Aprobación de las garantías. **c)** Acta de inicio.
25. DECLARACIONES.	Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la

	voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del código civil colombiano.
26. NOTIFICACIONES.	Para efectos de las comunicaciones y/o notificaciones a que hubiere lugar en desarrollo del objeto contractual, y con posterioridad a éste, las partes registran las siguientes direcciones, en las cuales se surtirán válidamente las mismas; El Hospital en el Despacho de la Gerencia; El Contratista en la Cl 20 A #7-40 Brr Granada Girardot GERENCIA@UNIOFTALT.COM. El contratista se obliga a informar al HOSPITAL cualquier novedad al respecto, so pena de que se consideren válidamente surtidas las actuaciones pertinentes, en la dirección registrada.
27. FIRMA ELECTRÓNICA.	El contratista acepta de manera inequívoca el contenido del contrato electrónico y sus anexos con la aceptación de este documento a través de la plataforma SECOP II. **PARÁGRAFO:** Este documento hace parte integral del contrato electrónico del SECOP II, así como los demás documentos publicados en el SECOP II.
Proyecto: José N. Montealegre – Contratación.	
Reviso: Ibeth Vianney Uribe García – Asesora Jurídica.	

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E
NIT: 890.701.033-0

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO No.	176- CPS
FECHA	27 DE JUNIO DEL AÑO 2023
NÚMERO DEL PROCESO	176-CPS-2023
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.
NIT	890.701.033-0
CONTRATISTA	UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S.
IDENTIFICACIÓN	900.606.427-8
REPRESENTANTE LEGAL	ROSA LILIANA BUITRAGO MEJÍA
IDENTIFICACIÓN	63.326.580 DE BUCARAMANGA
DIRECCIÓN	CL 20 A #7-40 BRR GRANADA GIRARDOT
TELÉFONO	3107914203
CORREO ELECTRÓNICO	GERENCIA@UNIOFTALT.COM
RÉGIMEN TRIBUTARIO	REGIMEN COMUN

Entre los suscritos a saber: por una parte, el **HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E,** representada legalmente en su condición de Gerente por la doctora **CARMEN PATRICIA HENAO MAX,** mayor de edad y, vecina en la actualidad de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 30.328.159 de Manizales, nombrada mediante Decreto No. 0450 del 30 de abril de 2020, posesionada el 30 de abril de 2020 por el señor Gobernador del departamento del Tolima, facultada para celebrar contratos de conformidad con el Acuerdo No. 013 de 2022 y la resolución No. 0425 de 2022, y quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y, por otra parte **UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S.** identificada con NIT: 900.606.427-8, representada legalmente por la señora **ROSA LILIANA BUITRAGO MEJÍA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.326.580 de Bucaramanga, quien manifiesta bajo la gravedad de juramento no estar incurso(a) en causales de inhabilidad e incompatibilidad conforme al artículo 8° de la Ley 80 de 1993, adicionado y modificado por el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y el parágrafo 2 del artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, para celebrar el presente contrato y quien para los efectos del mismo se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS,** el cual se regirá por las siguientes:

CLÁUSULAS	
1. OBJETO.	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL.
2. PLAZO.	Cuatro (04) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y legalización del contrato.
3. LUGAR DE EJECUCIÓN.	Sede principal del Hospital San Rafael del Espinal Tolima.
4. OBLIGACIONES.	**OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista. 2. Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007. 3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante. 4. Responder por la calidad de los servicios prestados.

5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.
6. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley.
7. Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Prestar los servicios de salud especializados para procedimientos oftalmológicos, de acuerdo con la propuesta presentada por parte del contratista para la suscripción del contrato y su anexo respectivo.
2. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto del contrato.
3. Prestar los servicios conforme a los procesos relacionados, con los criterios de calidad, seguridad, pertinencia, oportunidad y eficiencia debidas, conservando los principios de ética profesional.
4. Contar con un equipo Laser Oftalmológico de avanzada tecnología y todos los materiales requeridos para los procedimientos.
5. Diligenciar en forma completa y adecuada la Historia Clínica de los pacientes.
6. Prestar atención inmediata a través de las rutinas y procedimientos de diagnóstico, tratamiento clínico para asegurar la calidad de la asistencia médica a los pacientes.
7. Orientar a los pacientes y a la familia sobre los cuidados y procedimientos realizados en las rutinas hospitalarias así como en los cuidados después de ser dados de alta.
8. Diligenciar la historia clínica dando respuesta a las valoraciones, interconsultas que sean solicitadas.
9. Entregar a enfermería las órdenes relacionadas con el tratamiento de un paciente.
10. Registrar o diligenciar el 100% de los formatos requeridos como soporte de facturación en las actividades médicas realizadas.
11. Supervisar, capacitar y acompañar, las actividades de los estudiantes de acuerdo a los convenios docente asistencial.
12. Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, urgencias, Cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria del mismo, en común acuerdo con el servicio.
13. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requiera e su intervención.
14. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, formatos de justificación de medicamentos, servicios e insumos NO POS, diligenciar y registrara en la historia clínica los reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los

	procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. **15.** En caso de presentarse glosas durante el proceso de recaudo, el Hospital revertirá al contratista si comprueba que existió culpabilidad de éste último. **16.** Rendir los informes que requiera el supervisor del contrato o las diferentes áreas del hospital con ocasión de la ejecución de las actividades. **17.** Participar en las reuniones multidisciplinarias para toma de decisiones de pacientes y de los comités que sean necesarios para la revisión de historias clínicas, eventos adversos, juntas médicas, auditorias médicas y otras actividades médicas y administrativas y las que de aquellas se deriven que tengan relación con el servicio de salud contratado. **18.** Informar al Supervisor del contrato sobre cualquier novedad relacionada con el desarrollo del objeto contractual. **19.** Las demás que sean impartidas por el Supervisor del contrato, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de la misma, de acuerdo con las directrices que imparta la Gerencia.
5. VALOR.	CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS ($120.000.000) MONEDA CORRIENTE.
6. FORMA DE PAGO.	El Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E. pagará el valor del contrato en pagos parciales, de acuerdo con los procedimientos realizados por mes y previa presentación de los siguientes documentos: • Cuenta de cobro y/o factura de venta • Informe de actividades • Soporte de pago al sistema de seguridad social integral • Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor **PARÁGRAFO**: Los servicios, actividades, procedimientos y tecnologías en salud serán reconocidos y pagados al CONTRATISTA según la modalidad de contratación y forma de pago pactada entre el HOSPITAL y las empresas promotoras de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y demás entidades responsables de pago. En caso de que ocurran cambios en la contratación con las empresas promotoras de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y demás entidades responsables de pago, el contrato será objeto de modificación mediante la suscripción de un acta adicional y modificatoria.
7. REQUISITOS DE PAGO.	El contratista deberá presentar los siguientes documentos para gestionar el o los pagos productos del presente contrato: **1.** Cuenta de cobro y/o factura de venta.**2.** Informe de actividades. **3.** Soporte de pago al sistema de seguridad social integral y parafiscal. **4.** Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor. **PARÁGRAFO:** Para el pago el contratista deberá acreditar el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral, de acuerdo con el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a

	las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019).
8. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL.	El valor del presente Contrato se imputará con cargo al certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 398 del 26 de junio del año 2023.
9. SUPERVISOR.	EL HOSPITAL, efectuará la supervisión del presente contrato a través de **HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO** Subdirector Operativo (E), del Hospital San Rafael de El Espinal E.S.E., y/o el funcionario designado por la gerencia del Hospital. Para lo cual deberá cumplir con las funciones establecidas en la Ley y la Resolución No. 0424 del 2022 (Manual de supervisión e interventoría).
10. GARANTÍAS.	El CONTRATISTA se obliga a constituir en una compañía de seguros, legalmente establecida en Colombia, cuya póliza matriz está aprobada por la Superintendencia Financiera, garantía única de cumplimiento que ampare los siguientes riesgos: 1. **DE CUMPLIMIENTO:** Para cubrir cualquier hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista equivalente a un veinte (20%) por ciento de la cuantía del contrato, vigente hasta la ejecución del mismo y seis (6) meses más. 2. **DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** Para garantizar el pago de salarios, honorarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal, por una cuantía equivalente al cuarenta (40%) por ciento del valor total del contrato por el termino de vigencia del mismo y (03) tres años más. 3. **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** Para que cubra al contratista contra todo riesgo por los daños que puedan causarse a terceros o a propiedades del hospital, por una cuantía equivalente al veinte (20%) por ciento de su valor total, y una vigencia igual al plazo del contrato y dos años más.
11. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES	En este contrato se entienden pactadas las cláusulas excepcionales previstas en los artículos 14 al 18 de la ley 80 de 1993, y demás normas que regulen la materia.
12. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	Sólo en eventos de fuerza mayor, caso fortuito y/o por mutuo acuerdo, las partes podrán suspender la ejecución del contrato. Este hecho, previo concepto del supervisor, se hará constar en acta que suscribirán el CONTRATISTA y el supervisor con el visto bueno del ordenador del gasto.
13. MODIFICACIONES, PRORROGAS, ADICIONES, TERMINACION ANTICIPADA Y CADUCIDAD.	Toda solicitud de este tipo será tramitada por el ordenador del gasto, previa solicitud escrita ya sea por el supervisor, la solicitud debe estar acompañada de los soportes indicados, conceptuando sobre su necesidad y conveniencia, con la debida antelación al vencimiento del plazo de ejecución.
14. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN	El CONTRATISTA deberá cumplir con las políticas, criterios, manuales y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael E.S.E. frente al sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del

DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y REPORTE DE INFORMACIÓN.	terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información en concordancia con las directrices y lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. El CONTRATISTA deberá cumplir con los procedimientos, mecanismos e instrumentos que, en materia de prevención, administración del riesgo y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información adoptará el Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas.
15. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – HABEAS DATA.	El Hospital San Rafael de El espinal E.S.E. de conformidad con su política de protección de datos personales se encuentra comprometido el tratamiento legal, legítimo y seguro de los datos personales contenidos en sus sistemas de información, documentos, archivos, formatos, formularios y demás instrumentos de recolección o almacenamiento de información física o digital. En virtud de lo anterior, la información entregada al CONTRATISTA para la ejecución del contrato permanecerá en la base de datos de la entidad contratante mientras la misma sea necesaria o durante el término que determine la ley. Al suscribir el presente contrato, como CONTRATISTA manifiesto que fui informado expresa y previamente por parte del Hospital San Rafael, como responsable del tratamiento de la información, de las finalidades, obligaciones y deberes enmarcados en la ley de protección de datos, así como los derechos que me asisten, como lo son conocer, actualizar o rectificar mi información y ejercer los demás derechos previstos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y complementarios, según la política de tratamiento de datos personales, disponible en: http://www.hospitalsanrafael-espinal.gov.co, en la cual se indica los canales habilitados por la ESE para ejercerlos
16. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERESES.	EL CONTRATISTA tal como lo acredita por escrito en su propuesta, declara bajo la gravedad de juramento, que no se encuentra incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades para contratar con las Entidades Estatales (Constitución Política de Colombia, artículo 8 de la Ley 80 de 1993, 6 Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015) y que, si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la Ley 80 de 1993; así mismo declara que no se encuentra incurso en conflictos de intereses.
17. CESION DEL CONTRATO.	LA CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato en todo o en parte a persona alguna natural o Jurídica nacional o extranjera sin el consentimiento previo y expreso otorgado por escrito por parte del HOSPITAL.
18. CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El contrato también podrá terminarse por cualquiera de los siguientes eventos: **i)** por acuerdo de las partes; **ii)** por vencimiento del plazo; **iii)** por caso fortuito o fuerza mayor; **iv)** por incumplimiento, de una o algunas de las obligaciones contratadas o su ejecución tardía,

	defectuosa o en forma diferente a la acordada en los términos definidos para este contrato.
19. MULTAS.	En caso de mora o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones aquí estipuladas en que incurren algunas de las partes, deberá pagar a la parte cumplida la suma equivalente a diez (10%) del valor del contrato, a título de indemnización por dicho incumplimiento. El pago se ajustará al procedimiento legal establecido para tal fin. Si ello no fuere posible, su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas y demás sanciones impuestas por el HOSPITAL se informará a las entidades respectivas. **PARÁGRAFO.** La exigibilidad de las multas no exonerará al CONTRATISTA del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del contrato.
20. CLÁUSULA PENAL.	En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA o de la declaratoria de caducidad, éste deberá pagar un valor equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, el cual se podrá cobrar, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial a título de sanción pecuniaria, siendo la estimación anticipada de perjuicios pactada por las partes en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo.
21. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.	Las controversias o diferencias que surjan entre el contratista y el contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo mediante la conciliación.
22. EXCLUSION DE RELACIÓN LABORAL.	Las actividades que ejecuta EL CONTRATISTA y sus empleados, en desarrollo del presente contrato no generan relación laboral, ni pago de prestaciones sociales por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°. Numeral 3° del artículo 32 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. El CONTRATISTA deberá cumplir con los aportes al sistema de seguridad social y el CONTRATANTE realizará los controles mensuales para verificar que EL CONTRATISTA haya realizado el pago de las obligaciones durante la ejecución del contrato.
23. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO.	Forman parte integrante de este contrato los siguientes documentos: **1.** El CDP y los demás documentos expedidos en la etapa pre-contractual, contractual y postcontractual. **2.** Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. **3.** Todos los documentos necesarios para la legalización que se elaboren. **4.** Los documentos que soporten la ejecución del mismo.
24. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.	El presente contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, y para su legalización y posterior ejecución se requiere: **a)** Registro presupuestal. **b)** Aprobación de las garantías. **c)** Acta de inicio.
25. DECLARACIONES.	Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya

	interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del código civil colombiano.
26. NOTIFICACIONES.	Para efectos de las comunicaciones y/o notificaciones a que hubiere lugar en desarrollo del objeto contractual, y con posterioridad a éste, las partes registran las siguientes direcciones, en las cuales se surtirán válidamente las mismas; El Hospital en el Despacho de la Gerencia; El Contratista en la Cl 20 A #7-40 Brr Granada Girardot GERENCIA@UNIOFTALT.COM. El contratista se obliga a informar al HOSPITAL cualquier novedad al respecto, so pena de que se consideren válidamente surtidas las actuaciones pertinentes, en la dirección registrada.
27. FIRMA ELECTRÓNICA.	El contratista acepta de manera inequívoca el contenido del contrato electrónico y sus anexos con la aceptación de este documento a través de la plataforma SECOP II. **PARÁGRAFO:** Este documento hace parte integral del contrato electrónico del SECOP II, así como los demás documentos publicados en el SECOP II.
Proyecto: Laura Santos Perdomo – Contratación.	
Reviso: Ibeth Uribe García – Asesora Jurídica.	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900606427	8	UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS	calle 20A N° 7-40 BRR GRANADA	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8352204	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-05	633727841	9467047789	E	2024/05/08	2024/05/14	BANCO DAVIVIENDA	6	$25,677,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS (54 Afiliados)																							$100,242,661	$16,129,100			$102,842,661	$4,335,200			$100,696,053	$4,028,400			$102,842,661		$1,060,300		$0	$0		$25,553,000
Centro de Trabajo: ANDRES AUGUSTO NUÑEZ BUSTAMANTE (54 Afiliados)																							$100,242,661	$16,129,100			$102,842,661	$4,335,200			$100,696,053	$4,028,400			$102,842,661		$1,060,300		$0	$0		$25,553,000
Ciudad: GIRARDOT Depto: CUNDINAMARCA (54 Afiliados)																							$100,242,661	$16,129,100			$102,842,661	$4,335,200			$100,696,053	$4,028,400			$102,842,661		$1,060,300		$0	$0		$25,553,000
1	CC	1108454320	ACEVEDO ERIKA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
2	CC	1070609183	ALVAREZ DIDIER																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
3	CC	1070619531	ANTIA DANIEL																		23020 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
4	CC	1070605050	ARAUJO HIBET																		23020 1	30	$1,722,000	$275,600	EPS037	30	$1,722,000	$68,900	CCF22	30	$1,722,000	$68,900	14-11	30	$1,722,000	1.044%	$18,000	30	$0	$0	SI	$431,400
5	CC	1070592397	ARCOS NATALIA																		23020 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
6	CC	1070597174	AVILA DIDIMA		X																23030 1	12	$600,000	$96,000	EPS005	12	$600,000	$24,000	CCF22	12	$600,000	$24,000	14-11	12	$600,000	1.044%	$6,300	12	$0	$0	SI	$150,300
7	CC	1070609637	AVILA YUDY		X															X	23020 1	12	$600,000	$96,000	EPS002	12	$600,000	$24,000	CCF22	12	$1,315,286	$52,700	14-11	12	$600,000	1.044%	$6,300	12	$0	$0	SI	$179,000
8	CC	65820103	BELTRAN MARINELLA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
9	CC	1001063128	BENAVIDES LAURENS																		23020 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS008	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
10	CC	20755993	CALDERON LUZ																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
11	CC	1108452963	CASAS SONIA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
12	CC	1070609524	CAVIEDES ALEYDA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
13	CC	1070604884	CORTES JONNATAN										X								23030 1	30	$2,486,171	$397,800	EPS002	30	$2,486,171	$99,500	CCF22	30	$2,486,171	$99,500	14-11	30	$2,486,171	1.044%	$26,000	30	$0	$0	SI	$622,800
14	CC	1070626382	DONOSO ALISON										X								23020 1	30	$1,539,894	$246,400	EPS002	30	$1,539,894	$61,600	CCF22	30	$1,539,894	$61,600	14-11	30	$1,539,894	1.044%	$16,100	30	$0	$0	SI	$385,700
15	CC	39573479	ESCOBAR SANDRA		X															X	23030 1	5	$250,000	$40,000	EPS002	5	$250,000	$10,000	CCF22	5	$419,779	$16,800	14-11	5	$250,000	1.044%	$2,700	5	$0	$0	SI	$69,500
16	CC	1076221193	FORERO JADITH																		25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
17	CC	1108456679	GARCIA JOMAYRA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
18	CC	53011600	GERENA LUZ																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
19	CC	1019149146	GOMEZ MARIA																		25-14	30	$4,480,000	$716,800	EPS002	30	$4,480,000	$179,200	CCF22	30	$4,480,000	$179,200	14-11	30	$4,480,000	1.044%	$46,800	30	$0	$0	SI	$1,122,000
20	CC	1192831935	GOMEZ MARIA																		25-14	30	$4,480,000	$716,800	EPS002	30	$4,480,000	$179,200	CCF22	30	$4,480,000	$179,200	14-11	30	$4,480,000	1.044%	$46,800	30	$0	$0	SI	$1,122,000
21	CC	1070626564	GONZALEZ DANIVER																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
22	CC	1070626489	GONZALEZ MARIA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
23	CC	1070603784	HUERTAS WILSON																		23020 1	30	$1,722,000	$275,600	EPS017	30	$1,722,000	$68,900	CCF22	30	$1,722,000	$68,900	14-11	30	$1,722,000	1.044%	$18,000	30	$0	$0	SI	$431,400
24	CC	1070603116	LIZARAZO MAIRA										X								23030 1	30	$1,898,936	$303,900	EPS005	30	$1,898,936	$76,000	CCF22	30	$1,898,936	$76,000	14-11	30	$1,898,936	1.044%	$19,900	30	$0	$0	SI	$475,800
25	CC	1110566806	LOPEZ ALEXANDRA												X						23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	0	$0	$0	14-11	30	$1,500,000	0.000%	$0	0	$0	$0	SI	$300,000
26	CC	1070615657	LOZADA ERIKA																		23100 1	30	$1,949,000	$311,900	EPS017	30	$1,949,000	$78,000	CCF22	30	$1,949,000	$78,000	14-11	30	$1,949,000	1.044%	$20,400	30	$0	$0	SI	$488,300
27	CC	1071062162	LOZANO JUAN																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
28	CC	1069178614	MARIN SONIA																		23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700

29	CC	53007417	MILLAN JENNIFFER																		230301	30	$3,248,000	$519,700	EPS002	30	$3,248,000	$130,000	CCF22	30	$3,248,000	$130,000	14-11	30	$3,248,000	1.044%	$34,000	30	$0	$0	Si	$813,700
30	CC	1070623374	MONTAÑA ANYEL																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
31	CC	1054548864	MORENO DARCY																			0	$0	$0	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	0	$0	$0	No	$176,100
32	CC	39581280	MORENO MERY																		25-14	30	$1,722,000	$275,600	EPS005	30	$1,722,000	$68,900	CCF22	30	$1,722,000	$68,900	14-11	30	$1,722,000	1.044%	$18,000	30	$0	$0	SI	$431,400
33	CC	65820524	MOSCOSO JENNY																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	SI	$325,600
34	CC	1193560064	MUÑOZ JAVIER																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
35	CC	1001167643	NUÑEZ DANIELA																		25-14	30	$8,960,000	$1,523,200	EPS005	30	$8,960,000	$358,400	CCF22	30	$8,960,000	$358,400	14-11	30	$8,960,000	1.044%	$93,600	30	$0	$0	SI	$2,333,600
36	CC	1032397643	ORJUELA ALEXANDRA																		230201	30	$1,500,000	$240,000	EPS008	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
37	CC	79419541	ORTEGA EDGAR																		230201	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
38	CC	1071988056	ORTIZ CLAUDIA																			0	$0	$0	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	0	$0	$0	No	$176,100
39	CC	1069178591	OSPINA YESICA									X									230301	30	$1,811,170	$289,800	EPS002	30	$1,811,170	$72,500	CCF22	30	$1,811,170	$72,500	14-11	30	$1,811,170	1.044%	$19,000	30	$0	$0	SI	$453,800
40	CC	39565770	OSUNA MIREYA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	SI	$325,600
41	CC	1070615067	PALOMAR DIANA																		230301	30	$2,445,000	$391,200	EPS017	30	$2,445,000	$97,800	CCF22	30	$2,445,000	$97,800	14-11	30	$2,445,000	1.044%	$25,600	30	$0	$0	SI	$612,400
42	CC	39576511	PERALTA DIANA																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
43	CC	1003568184	PRADA IVAN																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
44	CC	1070598389	RINCON INGRID																		230201	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
45	CC	6128028	ROCA DARIANNI																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	SI	$325,600
46	CC	60346628	ROJAS SANDRA																		25-14	30	$4,480,000	$716,800	EPS005	30	$4,480,000	$179,200	CCF22	30	$4,480,000	$179,200	14-11	30	$4,480,000	1.044%	$46,800	30	$0	$0	SI	$1,122,000
47	CC	39572104	SANCHEZ LUZ																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS017	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
48	CC	1070616078	SIERRA ANGIE									X									230201	30	$1,571,809	$251,500	EPS002	30	$1,571,809	$62,900	CCF22	30	$1,571,809	$62,900	14-11	30	$1,571,809	1.044%	$16,500	30	$0	$0	SI	$393,800
49	CC	1108456561	SILVA LEIDY																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF22	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	1.044%	$15,700	30	$0	$0	SI	$375,700
50	CC	1020836541	SUAREZ DIANA																		230201	30	$4,707,000	$753,200	EPS002	30	$4,707,000	$188,300	CCF22	30	$4,707,000	$188,300	14-11	30	$4,707,000	1.044%	$49,200	30	$0	$0	SI	$1,179,000
51	CC	1070605136	TORO SANDRA									X									25-14	30	$1,595,745	$255,400	EPS005	30	$1,595,745	$63,900	CCF22	30	$1,595,745	$63,900	14-11	30	$1,595,745	1.044%	$16,700	30	$0	$0	SI	$399,900
52	CC	1069177760	VARGAS LEYLA									X									230301	30	$1,875,000	$300,000	EPS002	30	$1,875,000	$75,000	CCF22	30	$1,875,000	$75,000	14-11	30	$1,875,000	1.044%	$19,600	30	$0	$0	SI	$469,600
53	CC	1070620588	VARGAS LINA		X							X								X	230301	30	$1,898,936	$303,900	EPS017	30	$1,898,936	$76,000	CCF22	30	$2,967,263	$118,700	14-11	30	$1,898,936	1.044%	$19,900	30	$0	$0	SI	$518,500
54	CC	39584165	YUSTES DIANA																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF22	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	SI	$325,600
Total			Afiliados(54)																				$100,242,661	$16,129,100			$102,842,661	$4,335,200			$100,696,053	$4,028,400			$102,842,661		$1,060,300		$0	$0		$25,553,000

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900606427	8	UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS	calle 20A N° 7-40 BRR GRANADA	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8352204	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-05	633727841	9467047789	E	2024/05/08	2024/05/14	BANCO DAVIVIENDA	6	$25,677,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				52	$16,129,100	$78,400	$0	$16,207,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$311,900	$1,600	$0	$313,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$4,444,600	$21,700	$0	$4,466,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	30	$7,618,300	$36,900	$0	$7,655,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	14	$3,754,300	$18,200	$0	$3,772,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				54	$1,060,300	$5,200	$0	$1,065,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	54	$1,060,300	$5,200	$0	$1,065,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				52	$4,028,400	$19,600	$0	$4,048,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	52	$4,028,400	$19,600	$0	$4,048,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				54	$4,335,200	$21,200	$0	$4,356,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$120,000	$600	$0	$120,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	11	$724,700	$3,600	$0	$728,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$403,400	$2,000	$0	$405,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	25	$2,016,700	$9,800	$0	$2,026,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	11	$1,070,400	$5,200	$0	$1,075,600
TOTAL				54	$25,553,000	$124,400	$0	$25,677,400

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTES PERSONA JURIDICA

Código: HSR-SARLAFT-P01-F01	Versión: 01	Página:

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

(Diligenciar todos los campos, sin tachones ni enmendaduras)

Fecha de diligenciamiento:	Ciudad:		Se diligencia por:			
27/06/2024	girardot	Vinculación		Actualización	x	

Conocimiento de la Contraparte

Proveedor de bienes y/o servicios	x	cliente Particular		EAPB o Aseguradora	

Nombre y Razón social :	NIT
UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS	900806427-8

1. datos del Representante Legal

Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer Apellido:	Segundo apellido:
ROSA	LILIANA	BUITRAGO	MEJIA

Tipo de Documento de Identificación:								Numero:
Cedula Ciudadania	X	Cedula Extranjeria		Carné		Pasaporte		63.326.580

Fecha de Expedición:	Ciudad y departamento :	Sexo		Nacionalidad
31/10/1984	BUCARAMANGA-SANTANDER	F X	M	COLOMBIANA

Dirección de la Empresa CALLE 20 A #7-40	Teléfono: .
	Celular:
	Correo Electrónico: rilinabuitrago@gmail.com

	Si	No
¿Maneja recursos publicos?		x
¿Obstenta de algun grado de poder publico?		x
¿Goza de reconocimiento publico?		x
¿Es Servidor publico?		x
¿Realiza operaciones internacionales?		x

En caso de relizar operaciones internacionales, marque con una (X)

Importaciones		Inversiones		Envio o recepción de giros	
Exportaciones		Prestamos		Pagos de servicios	

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTES PERSONA JURIDICA	
Código: HSR-SARLAFT-P01-F01	Versión: 01	Página:

Otra ☐ Cuál? ☐

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ no

¿Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ no

Tipo de Producto	Entidad	País	Ciudad	Moneda

Ingresos mensuales ($)	796499510	Egresos mensuales ($)	762167381
Activos ($)	9498518216	Pasivos ($)	6790969974
Patrimonio ($)	2707548242	Otros ingresos ($)	126455196

Concepto otros ingresos	recuperaciones, indennizacion, diversos

3. Declaración de Origen de Fondos

Declaro expresamente que:
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este vinculo no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

4. Autorización

De manera expresa autorizo el tratamiento de los datos contenido en el presente formulario para el desarrollo los procedimientos establecidos por el Hospital San Rafael de El Espinal Tolima con el fin de dar cumplimiento a las políticas y demás lineamientos del Sistema de

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTES PERSONA JURIDICA
Código: HSR-SARLAFT-P01-F01	Versión: 01 / Página:

5. Firma y Huella

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es verídica y firmo el presente documento



Huella

Firma Contraparte
(en caso de persona jurídica será el representante legal)

6. Verificación Datos

6.1 Entrevista

Lugar _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre del Entrevistado _____

Nombre del Colaborador _____

Durante la entrevista encontro algo inusual o sospechoso? SI ☐ NO ☐

Observaciones:

6.2 Validación de Soportes

Relación y validación de documentos mínimos requeridos que soportan la información contenida en el presente formulario:

Documento	Presento Soporte			Observación
	SI	NO	NA	
Cámara de comercio no mayor a 90 días.				
Estados financieros comparados a último corte contable				
Fotocopia del documento de identificación del representante legal				
Relación de socios y accionistas que tengan más del 5% del capital social, aporte o participación				
Declaración de renta del último periodo gravable disponible				
Copia del RUT				

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTES PERSONA JURIDICA	
Código: HSR-SARLAFT-P01-F01	**Versión: 01**	**Página:**

Fecha _____ Hora _____

Los documentos allegados por la contraparte soportan la información y como constancia de ello, el verificador

Nombre y cargo de quien verifica _____

Firma _____

ELABORADO POR:	**REVISADO POR:**	**APROBADO POR:**
NELLY BELEN ARSUZA MENDOZA	**CARMEN PATRICIA HENAO MAX**	**JUNTA DIRECTIVA**
Oficial de Cumplimiento	**Gerente**	
Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	CAMBIO	VERSION
19/12/2016	Se incluye en la documentación del SARLAFT	01

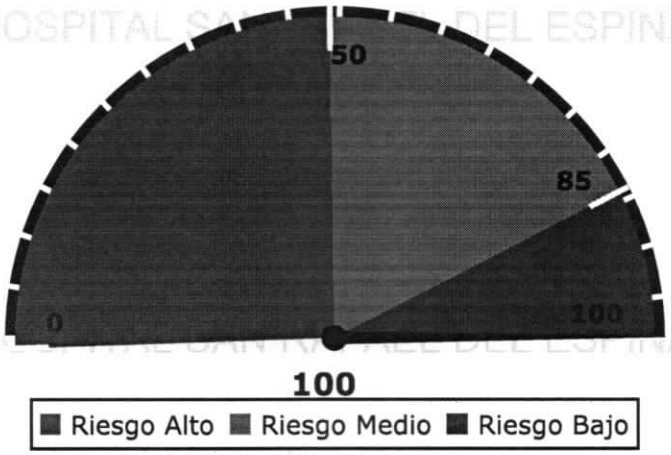
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL
CALLE 4 # 6-29 ESPINAL
NIT: 890701033 Teléfono:2482818

País elegido para la consulta: Colombia

INFORME DE VALIDACIÓN RESUMIDO

UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S Dato Consultado: NIT - 900606427

SCORE DE RIESGO



RESULTADO ALERTAS LAFT

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Sanciones Banco Interamericano de Desarrollo - BID (LISTA RESTRICTIVA)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Consolidated Screening List (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Dea	Denominación o Razón Social (NOM)	No
European Union External Action Sanction List (LISTA VINCULANTE)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Autoridad Reguladora de la Industria Financiera (FINRA) (LISTA RESTRICTIVA)	NIT/RUC - Número de Identificación Tributaria (NIT)	No
Interpol	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Liste Unique France - Sanctions List (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No

Reporte Generado el 27/06/2024 05:35:07 p. m. Dirección IP: 190.254.18.99
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

IMPORTANTE: Esta información es el resultado de la obtención y procesamiento de datos públicos para la toma de decisiones en materia de Cumplimiento Normativo y para la prevención de riesgos. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL no administra ninguna fuente de información por lo que su contenido es atribuible a casa fuente. El uso indebido es responsabilidad del Consultante o Usuario.

ID CONSULTA:4574424110

País elegido para la consulta: Colombia

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Lista Clinton - Office of Foreign Assets Control (OFAC) - (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
ONU - Resoluciones Consolidadas Naciones Unidas - (LISTA VINCULANTE)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Proveedores Ficticios - DIAN	NIT (NIT)	No
Procesos Judiciales Penales	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Antecedentes de Responsabilidad Fiscal - Contraloría	NIT/RUC - Número de Identificación Tributaria (NIT)	No
Registro de Antecedentes Penales y Disciplinarios - Procuraduría General de la	NIT/RUC - Número de Identificación Tributaria (NIT)	No
OSFI - HM Treasury - GOV.UK - Office of Financial Sanctions Implementation	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No

RESULTADO ALERTAS NO LAFT

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Estado RUT - DIAN	NIT/RUC - Número de Identificación Tributaria (NIT)	No
Lista Privada	NIT (NIT)	No
Histórico de Noticias - Infomación Reputacional	NIT/RUC - Número de Identificación Tributaria (NIT) y Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Noticias Treasury - Registros Vinculantes - T OF	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Otras Listas	NIT (NIT)	No
Panamá Papers	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Administrativos	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Civiles y Familiares	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos jurídicos de altas cortes y consejo de estado	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Laborales	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Consulta Nacional de Comparendos e Infracciones de Tránsito	NIT/RUC - Número de Identificación Tributaria (NIT)	No

Reporte Generado el 27/06/2024 05:35:07 p. m. Dirección IP: 190.254.18.99
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

IMPORTANTE: Esta información es el resultado de la obtención y procesamiento de datos públicos para la toma de decisiones en materia de Cumplimiento Normativo y para la prevención de riesgos. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL no administra ninguna fuente de información por lo que su contenido es atribuible a casa fuente. El uso indebido es responsabilidad del Consultante o Usuario.

ID CONSULTA:4574424110

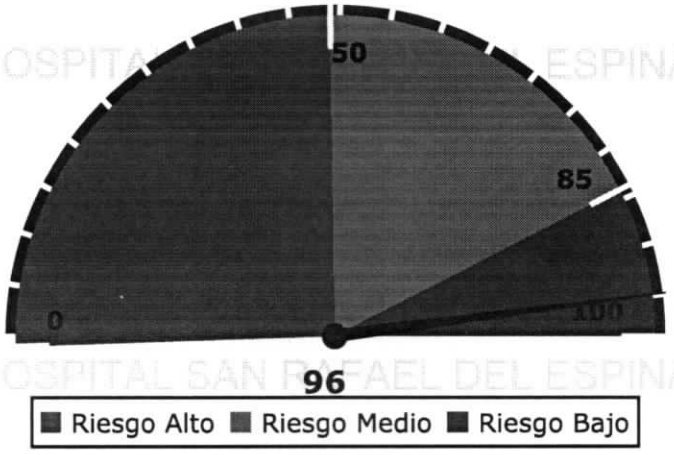
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL
CALLE 4 # 6-29 ESPINAL
NIT: 890701033 Teléfono:2482818

País elegido para la consulta: Colombia

INFORME DE VALIDACIÓN RESUMIDO

ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA Dato Consultado: CC - 63326580

SCORE DE RIESGO



RESULTADO ALERTAS LAFT

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Antecedentes Penales Policía Nacional	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Sanciones Banco Interamericano de Desarrollo - BID (LISTA RESTRICTIVA)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Consolidated Screening List (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Dea	Denominación o Razón Social (NOM)	No
European Union External Action Sanction List (LISTA VINCULANTE)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Autoridad Reguladora de la Industria Financiera (FINRA) (LISTA RESTRICTIVA)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Interpol	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Liste Unique France - Sanctions List (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No

Reporte Generado el 27/06/2024 05:36:05 p. m. Dirección IP: 190.254.18.99
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

IMPORTANTE: Esta información es el resultado de la obtención y procesamiento de datos públicos para la toma de decisiones en materia de Cumplimiento Normativo y para la prevención de riesgos. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL no administra ninguna fuente de información por lo que su contenido es atribuible a casa fuente. El uso indebido es responsabilidad del Consultante o Usuario.

ID CONSULTA:4574424227

País elegido para la consulta: Colombia

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Lista Clinton - Office of Foreign Assets Control (OFAC) - (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
ONU - Resoluciones Consolidadas Naciones Unidas - (LISTA VINCULANTE)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Proveedores Ficticios - DIAN	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Procesos Judiciales Penales	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Condenas Nacionales	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Antecedentes de Responsabilidad Fiscal - Contraloría	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Registro de Antecedentes Penales y Disciplinarios - Procuraduría General de la	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
OSFI - HM Treasury - GOV.UK - Office of Financial Sanctions Implementation	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No

RESULTADO ALERTAS NO LAFT

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Procesos Jurídicos Civiles y Familiares	Denominación o Razón Social (NOM)	Advertencia
Consulta Nacional de Comparendos e Infracciones de Tránsito	Cédula de Ciudadanía (CC)	Advertencia
Estado RUT - DIAN	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Afiliaciones al Sistema de Salud	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Fosyga Períodos Compensados	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Lista Privada	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Histórico de Noticias - Infomación Reputacional	Cédula de Ciudadanía (CC) y Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Noticias Treasury - Registros Vinculantes - T OF	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Otras Listas	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Panamá Papers	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Administrativos	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos jurídicos de altas cortes y consejo de estado	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Laborales	Denominación o Razón Social (NOM)	No

Reporte Generado el 27/06/2024 05:36:05 p. m. Dirección IP: 190.254.18.99
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

IMPORTANTE: Esta información es el resultado de la obtención y procesamiento de datos públicos para la toma de decisiones en materia de Cumplimiento Normativo y para la prevención de riesgos. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL no administra ninguna fuente de información por lo que su contenido es atribuible a casa fuente. El uso indebido es responsabilidad del Consultante o Usuario.

ID CONSULTA:4574424227

País elegido para la consulta: Colombia

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL

Reporte Generado el 27/06/2024 05:36:05 p. m. Dirección IP: 190.254.18.99
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

IMPORTANTE: Esta información es el resultado de la obtención y procesamiento de datos públicos para la toma de decisiones en materia de Cumplimiento Normativo y para la prevención de riesgos. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL no administra ninguna fuente de información por lo que su contenido es atribuible a casa fuente. El uso indebido es responsabilidad del Consultante o Usuario.

ID CONSULTA:4574424227