Gobernación de Cundinamarca	LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO	Código: A-GF-FR-079
		Versión: 2
	GESTIÓN FINANCIERA	Fecha de Aprobación: 10/sep/2024

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Direccion de Desarrollo y Gestion de la Red de Prestacion de Servicios

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: Uno (1)

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA | FECHA :

PARÁMETRO	RESULTADO		SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
	C	NC		
¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado?			FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 2	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?			FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017-VERSIÓN 3	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?			PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?			INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?			CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?			SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?			SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?			CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?			PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?			OTROS	

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

Funcionario responsable de realizar la entrega _____

Funcionario responsable de la recepción _____

17/9/2025

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-CVI-1029-2025

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 19.11.2025 hasta el 12.12.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	12.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
NIT / C.C.:	8320014654
Supervisor:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Objeto del Contrato o Convenio:	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA - CENTRO DE SALUD QUIPILE, PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	20.10.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	19.11.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100071361
Registro Presupuestal	4600032365
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$477,114,887
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$477,114,887
Plazo de Ejecución Inicial	CUATRO (4) MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	CUATRO (4) MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	18.03.2026
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Garantía de Cumplimiento	340-47-994000057699
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 1%

12/12/2025
Pagado

Se celebra CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. SS-CD-CVI-1029-2025 el día 20/10/2025, y se firma acta de inicio el día 19/11/2025 con la gerente de la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA NIT 832.001.465-4, la Dra. LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO, quedando con un plazo de ejecución hasta el día 18/03/2026, por un valor de $ 477.114.887 M/CTE. Respaldado por el CDP 7100071361 del 03 de octubre de 2025, así como con el RP 4600032365 del 29 de octubre de 2025.

El cual contempla las siguientes Obligaciones especificas y productos a entregar:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS POR PARTE DE LA ESE.
1. Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio.
2. Aportar certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo de los recursos del convenio; la cual deberá ser creada dentro de los cinco (5) días siguientes de la firma del convenio; con destinación específica para el manejo de los recursos asignados.
3. Aportar para efectos del giro de los recursos, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales cuando a ello haya lugar.
4. Presentar al supervisor del convenio el cronograma de ejecución del mismo.
5. Adicionar los recursos del presente convenio al presupuesto de la E.S.E., presentando copia del Acuerdo de adición y documento de aprobación del CONFIS al supervisor.
6. Utilizar los recursos conforme al objeto del convenio.
7. Adquirir en cantidad y en cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas los equipos biomédicos de conformidad con el anexo técnico No 1, avalados por la Dirección Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.
8. Adelantar el proceso de contratación que corresponda de acuerdo con la normatividad vigente para adquirir los equipos biomédicos relacionado en el anexo técnico No 1.
9. La ESE deberá establecer como condición en el contrato derivado, que el último pago corresponderá al 10% del valor total del contrato, el cual estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación del mismo.
10. Las especificaciones técnicas establecidas en el anexo técnico No 1 no deben ser modificadas. En caso de requerir la adquisición de equipos adicionales o diferentes a los registrados en el anexo técnico, debe procederse a solicitarlo por escrito, debidamente justificado al supervisor del convenio para su estudio y aprobación escrita, previo a la publicación del proceso de selección objetiva que adelantará la E.S.E. para la adquisición de los mismos.
11. La E.S.E deberá garantizar que la adquisición de los equipos biomédicos no supere el valor unitario establecido para cada ítem señalado en el Estudio de Mercado presentado para la aprobación del proyecto y en el anexo técnico No 1.
12. Garantizar la correcta instalación, puesta en funcionamiento de los equipos adquiridos.
13. La E.S.E está obligada a constituir garantía de cumplimiento por la celebración de este convenio cuyo beneficiario y asegurado es el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de salud, Así mismo la E.S.E exigirá al contratista que seleccione, constituir garantía con los siguientes amparos: de cumplimiento, calidad de los bienes, incluyendo como asegurados y beneficiarios a la Secretaría de Salud departamental y a la E.S.E. Los términos y montos de los amparos deberán estar acordes con lo señalado por la normatividad.
14. Ingresar al almacén, al inventario y a las pólizas globales de la institución, los equipos adquiridos.
15. Presentar al supervisor del contrato el soporte físico del ingreso al almacén de la E.S.E. y al inventario de la institución.
16. Presentar informes mensuales al supervisor sobre los avances en la ejecución del convenio con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.
17. Reintegrar los excedentes por menores valores alcanzados en procesos contractuales realizados como recursos no ejecutados, previo a la suscripción del acta de liquidación.
18. Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento al objeto contractual, dentro de los quince (15) días siguientes al vencimiento de término de ejecución del convenio a fin de proceder a su liquidación.
19. Asignar al personal requerido para recibir la supervisión técnica, administrativa, legal y financiera objeto del convenio.
20. Devolver los rendimientos financieros que se causen durante la ejecución del mismo.
21. Implementar y ejecutarlas las políticas antisoborno, antifraude, y el sistema de autocontrol y gestión del riesgo integral de lavado de activos, el financiamiento del terrorismo y el financiamiento de proliferación de armas de destrucción masiva (SAGRILAFT). En cumplimiento de lo estipulado en la circular 032 del 23 de agosto de 2024, conforme a lo planteado en el CONPES 4042 DEL 2021
22. Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar

PRODUCTOS A ENTREGAR
1. Certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros y de su cierre.
2. Certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales si a ello hubiese lugar.
3. Copia Acuerdo de Adición Presupuestal y documento de aprobación del CONFIS.
4. Certificación de recibido a satisfacción por la ESE de los equipos relacionados en el anexo técnico No 1
5. Copia del ingreso al almacén de la ESE de los equipos biomédicos adquiridos.
6. Informes mensuales de avance para seguimiento a la ejecución del convenio.
7. Soportes consignación recursos no ejecutados y rendimientos financieros.
8. Informe final con soportes para liquidación.
9. Los demás documentos que se soliciten como aporte al seguimiento y auditoría de la ejecución y terminación del convenio.

La ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, allega la documentación correspondiente para el giro de los recursos consistente en:

- Factura electrónica de venta No HSAA151648 de fecha 27/11/2025 por un valor de $ 477.114.887 pesos mcte
- Certificación de pago de aportes parafiscales y aporte de seguridad social de salud.
- RUT
- Certificado de cuenta bancaria de ahorros BANCO DE BOGOTA S.A. Numero 124208117
- SAP

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Se recomienda al CENTRO DE SALUD DE FOSCA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, ejecutar el contrato de acuerdo a lo estipulado en la minuta del mismo, teniendo en cuenta las características técnicas de los equipos a adquirir y el precio techo unitario que figura en el Anexo Técnico, así como, los tiempos máximos de ejecución del convenio (20/05/2026).

A fecha de la emisión de este informe es importante tener en cuenta la clausula de LA FORMA DE DESEMBOLSO, que cita:

El Departamento de Cundinamarca– Secretaría de Salud, desembolsará la suma de CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($477.114.887) los cuáles serán girados a la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025.

PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC.
PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados.
PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E, solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca. conforme a la solicitud efectuada por el representante legal.
PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

Finalmente se exhorta al CENTRO DE SALUD DE FOSCA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO a adelantar la creación del COMITE TECNICO OPERATIVO, indicado en la CLAUSULA OCTAVA, así:

CLAUSULA OCTAVA: COMITÉ TÉCNICO OPERATIVO: Se creará un Comité técnico operativo, como instancia consultiva encargada de emitir recomendaciones o propuestas en el seguimiento técnico, administrativo y financiero del convenio, manteniendo a la E.S.E (durante toda la ejecución del convenio) la autonomía jurídica, presupuestal, financiera, el cual estará conformado por los siguientes:

POR LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA- SECRETARIA DE SALUD:
1. El supervisor de convenio, en calidad de PRESIDENTE.
2. Tesorero (a) como miembro con voz y voto
3. Subdirector de infraestructura del Sector Salud, y/o su delegado, como miembro con voz y voto

POR PARTE DE LA E.S.E:
1. Gerente de la ESE o su delegado, en calidad de secretario técnico.
2. Subgerente administrativo y financiero de la ESE, como miembro con voz y voto.
3. Jefe de la oficina Asesora Jurídica de la E.S.E o su delegado o quien haga sus veces, como miembro con voz y voto.
4. Responsable de Recursos físicos, como miembro con voz y voto.

NOTA 1: El comité deberá crear su propio reglamento, el cual estará a cargo del secretario técnico, quien convocará a los miembros del comité dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la legalización del convenio, para su aprobación.

NOTA 2: El comité técnico operativo tendrá la obligación de recomendar que el último pago de los contratos derivados se encuentra sujetos a la liquidación de los mismos.

JAIME ORLANDO AVILA PACHECO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

12/12/2025

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO ANOLAIMA

Anolaima, 5 de Diciembre de 2025

Doctora
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Secretaria de Salud
Gobernación de Cundinamarca
Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud desembolso correspondiente en un (1) único pago al Convenio Interadministrativo SS-CD-CVI-1029-2025.

Respetada Doctora

Por medio del presente, me dirijo a usted de manera atenta y respetuosa para solicitar el trámite del desembolso correspondiente al convenio Interadministrativo SS-CD-CVI-1029-2025, suscrito entre la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA y el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud cuyo objeto es: "AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA - CENTRO DE SALUD QUIPILE, PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"

La solicitud se realiza en cumplimento de lo establecido en la Clausula Séptima – "FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, desembolsara la suma de CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($477.114.887), los cuales serán girados a la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia 2025."

Para tal efecto, adjunto los documentos e informes de cumplimientos requeridos, tal como se detalla a continuación:

- Factura No. HSAA151648
- Certificado de cumplimiento de parafiscales y seguridad social (PILA)
- Certificación bancaria

Información de Contacto.
8453847
Calle 13 # 1-81 Barrio San Antonio. Anolaima Cundinamarca
www.esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente solicitud y su gestión oportuna para el correspondiente desembolso, en los términos establecidos legal y contractualmente.

Cordialmente

LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO
Gerente
ESE Hospital San Antonio de Anolaima

Información de Contacto.
8453847
Calle 13 # 1-81 Barrio San Antonio. Anolaima Cundinamarca
www.esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
Calle 3 N° 1-81 Tel. 8454393
NIT: 832001465 - 4

LUGAR FACTURACION: HOSPITAL SAN ANTONIO
Codigo Habilitación No. 250400035201

FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN N°18764101497526 de Octubre 12 de 2025 del No. HSAA 150001 al HSAA 250000, vigencia 24 meses. No somos grandes contribuyentes, esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio Art. 744 de CC.

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSAA151648
FECHA: 27/11/2025 18:13:00
FECHA VENCIMIENTO: 26/01/2026

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Contrato:** CONVENIO SS-CD-CVI-1029-2025

Paciente: DE SALUD DE CUNDINAMARCA SECRETARIA **Tipo / No. Documento:** NI 899999914 **Edad:** 24 A 1 M 26 D 0 H
Dirección: bogota **Telefono:** 000
Estrato: Nivel 0 (0%) **T. Usuario:** Vinculado **Carnet:**
No. Autorización: Sin Autorizacion

Ingreso: 2025-11-27 18:13 **Egreso:** 2025-11-27 18:13 **Dx Egreso:**

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Ninguno					
CDCVI-1029-2025	CDCVI-1029-2025	EJECUCION CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1029-2025	477,114,887.00	1.00	477,114,887.00
		SubTotal	**477,114,887.00**		**477,114,887.00**

Vr. Descuento: 0.00

Vr. Total Servicios Prestado: 477,114,887.00
Copago a realizar por el paciente: 0.00
Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: 477,114,887.00

Vr Empresa: CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE
Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable | **Firma Cajero** | **Firma Gerente**

Usuario que Elabora: PAULA LORENA MAHECHA M **Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2**

CUFE: c381944125892183 98f491614c4e07f5980d48589b6e09681e0cfd18e895ca5c561dbd4294a376aefeb49a7718cbe06f
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 27/11/2025 18:13:00

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO ANOLAIMA

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA –CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que la **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA** Cundinamarca, identificada con **NIT 832.001.465-4**, Se encuentra al día en los pagos de seguridad social y parafiscales (Caja de Compensación Familiar, ICBF Y SENA), Con corte a 30 de noviembre 2025.

Lo anterior de Conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dada en Anolaima, a primer (01) día del mes de diciembre de 2025.

LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO
REPRESENTANTE LEGAL

Información de Contacto.
8453847
Calle 13 # 1-81 Barrio San Antonio. Anolaima Cundinamarca
www.esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co

Banco de Bogotá

Dirección general
Bogotá D.C. Calle 36 # 7- 47
www.bancodebogota.com

BANCO DE BOGOTA S.A.

NIT. 860.002.964-4

INFORMA QUE:

El **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA,** identificado con NIT. No. 8320014654, se encuentra vinculado mediante la cuenta ahorros oficial No. 124208117, denominada **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No SS-CD-CVI-1029-2025** aperturada el 21/11/2025 la cual se encuentra activa y vigente a la fecha.

Se expide en Bogotá, el día 21 de noviembre del 2025.

Cordialmente,

Banco de Bogotá

CINDY JOHANA TIJARO LATORRE
Ejecutiva Banca Gobierno Cundinamarca
Ctijaro@bancodebogota.com.co
Celular. 3165786004

Mejor Banco de Colombia 2021: •The Banker •Euromoney • Global Finance **Great Place To Work 2021** **Sustainability Yearbook 2021**

Estamos para ti
Pyme: 60 1 364 7400
Empresas: 60 1 607 9005

Queremos siempre brindarte el mejor servicio. Te recordamos que contamos con la Defensoría del Consumidor Financiero a cual podrás contactar al celular (+57) 318 373 00 77 o a través del correo electrónico [illegible] en la dirección Calle 36 No 7-47 piso 5 en la ciudad de Bogotá.

Cuéntanos su experiencia
Estamos para mejorar y poder brindarte el mejor servicio. ¡Queremos saber tu opinión! Haz clic aquí

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8790365950930

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LEIDY JOHANA PEÑA RONDON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1098261517 de LOS SANTOS (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 263473-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141145602028

(415)7707212489984(8020) 000014114560202 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Anolaima 0 4 0

41. Dirección principal
CL 3 1 81 BRR SAN ANTONIO

42. Correo electrónico gerencia@esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 6 0 3 2 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ESPAÑA MORENO LAURA ISABEL

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 20-11-2025 09:41:33AM

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 3 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141145602028

(415)7707212489984(8020) 000014114560202 8

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud 1 0

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
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

Página 3 de 3 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141145602028

(415)7707212489984(8020) 000014114560202 8

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	6 3 4 8 5 3 3 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ESPAÑA	MORENO	LAURA	ISABEL

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

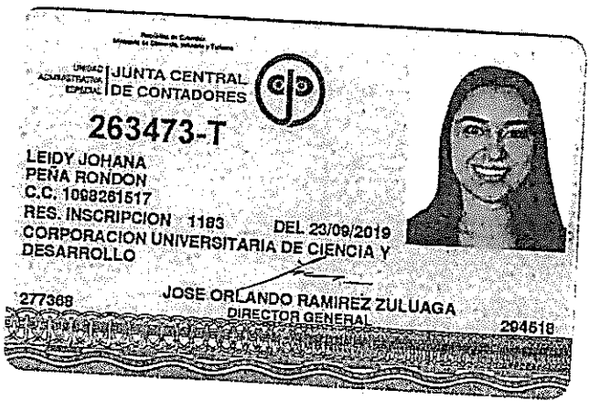
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-11-2025 09:41:33AM



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

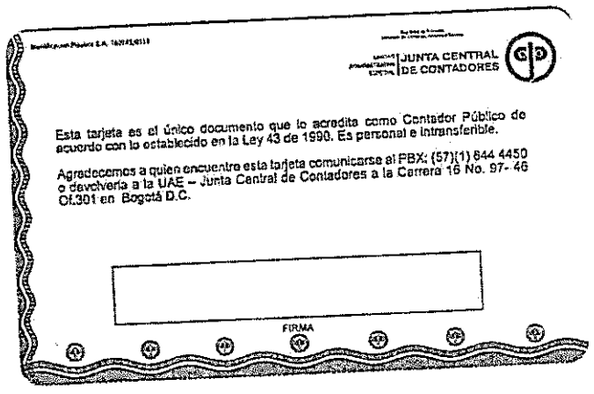
263473-T

LEIDY JOHANA
PEÑA RONDON
C.C. 1098261517
RES. INSCRIPCION 1183 DEL 23/09/2019
CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

277368

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

294518



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.261.517

PEÑA RONDON

APELLIDOS

LEIDY JOHANA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1993

LOS SANTOS
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-JUL-2011 LOS SANTOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2712400-00374561-F-1098261517-20120510 0029841748H 1 32785808

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/11/2025 03:14:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1098261517** y Nombre: **LEIDY JOHANA PEÑA RONDON.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **126073730** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:10:45 PM horas del 05/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1098261517**

Apellidos y Nombres: **PEÑA RONDON LEIDY JOHANA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co