E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

carrera 5 n 1-08 Tel. 8505309

NIT: 899999165 - 6
LUGAR FACTURACION: HOSPITAL SAN JOSE

Codigo Habilitación No. 253940003401

FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN N° 18764079373571 de Septiembre 12 de 2024 del No. HSJP 560254 al HSJP 1000000, vigencia 12 meses.No somos grandes contribuyentes,

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJP621158
FECHA: 01/12/2025 14:12:00
FECHA VENCIMIENTO: 30/01/2026

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Contrato:** SS-CD-CVI-1190-2025

Paciente: SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA **Tipo / No. Documento:** NI 899999114 **Edad:** 8 A 10 M 19 D 0 H
Dirección: GOBERNACION DE CUNDINAMARCA **Telefono:**
Estrato: Nivel 0 **T. Usuario:** Contributivo **Carnet:**

Ingreso: 01/12/2025 14:12:00 **Egreso:** 01/12/2025 14:12:00 **Dx Egreso:** Diag Z00 0 EXAMEN MEDICO GENERAL

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Ninguno					
064	064	CONVENIO SS-CD-CVI-1190-2025, CUYO OBJETO ES: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA DE YACOPÍ, PARA EJECUTAR LA CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD PATEVACA ADSCRITO A LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA DE YACOPÍ CUNDINAMARCA, 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 CUNDINAMARQUESA. (Primera Entrega)	179,958,093.00	1.00	179,958,093.00
		SubTotal	**179,958,093.00**		**179,958,093.00**

Vr. Descuento: 0.00

Vr. Total Servicios Prestado: 179,958,093.00
Copago a realizar por el paciente: 0.00
Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: 179,958,093.00

Vr Empresa: CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable

Firma Cajero

Firma Gerente

Usuario que Elabora: DIANA PAOLA TOBAR TOVAR

Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE: 528199288ad5eb31b59f08d1eb0398f6ed326f86e1a38c5788aea0eb72a194a09c0f8bd710790a562635547d737b251b
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 01/12/2025 14:13:00

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CD-CVI-1190-2025

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 28.11.2025 hasta el 10.12.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	10.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
NIT / C.C.:	8999991656
Supervisor:	NELSON HERNAN LOPEZ ROMERO
Cargo:	SUB DIRECTOR TECNICO DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SECRETARIA DE SALUD
Objeto del Contrato o Convenio:	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA DE YACOPÍ, PARA EJECUTAR LA CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD PATEVACA ADSCRITO A LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA DE YACOPÍ CUNDINAMARCA, 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 CUNDINAMARQUESA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	07.11.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	28.11.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100068823
Registro Presupuestal	4600032586
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$179,958,093
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$179,958,093
Plazo de Ejecución Inicial	18 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	18 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	27.05.2027
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	SEGUROS DEL ESTADO
Garantía de Cumplimiento	GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NO APLICA PÓLIZA

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

12/12/2025

Porcentaje de avance: 1%

Dentro de las obligaciones, compromisos y productos específicos por parte de la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, desde la supervisión se evidencia el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio. (CUMPLE)
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. (CUMPLE)
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. (CUMPLE)
4. Presentar al supervisor del convenio el cronograma de ejecución del mismo. (CUMPLE)

PRODUCTOS QUE ENTREGAR

La ESE debe entregar los siguientes productos:

1. Acta de inicio firmada por las partes. (CUMPLE)
3. Certificación de la apertura de la cuenta bancaria de ahorros donde se girarán los recursos del presente convenio. (CUMPLE)
4. Certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales si a ello hubiere lugar. (CUMPLE)

4.12.2025. De acuerdo con el seguimiento a la ejecución del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1190-2025 por parte del Supervisión y con la información suministrada mediante oficio No. HSJLP GER No. 501 del 1 de diciembre de 2025 de asunto solicitud de desembolso, por parte de la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, se verificó:

-El plazo de ejecución del convenio será de DIECIOCHO (18) MESES, contados a partir de la firma del acta de inicio y del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización. Se suscribió acta de inicio el día 28 de noviembre de 2025 con fecha inicial del 28 de noviembre de 2027 y fecha de terminación inicial el 27 de mayo de 2027.
- la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA emite Factura Electrónica No. HSJP621158 de fecha 1 de diciembre de 2025 por un valor de $179.958.093,00.

1.Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo
Convenio. (CUMPLE)

-La E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA suscribió acta de inicio el día 28 de noviembre de 2025 con fecha inicial del 27 de mayo de 2027 y fecha de terminación inicial el 27 de mayo de 2027.

2.Certificación de la apertura de la cuenta bancaria de ahorros donde se girarán los recursos del presente convenio. (CUMPLE)

-Para el desembolso de los recursos del convenio la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA aportó el certificado con fecha del 1 de diciembre de 2025, de la Cuenta de Ahorros No. 34193902474 del Banco Bancolombia "CONVENIO 1190-2025 PUESTO DE SALUD PAYEVACA" con fecha de apertura del 11 de noviembre de 2025 y en estado ACTIVA.

3.Certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales si a ello hubiere lugar. (CUMPLE)

La E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA aportó certificaciones de obligaciones el Sistema de Seguridad Social de Salud del mes de noviembre de 2025 con fecha de expedición del 1 de diciembre de 2025, firmados por el Contador Público JUAN CAMILO RAMÍREZ BOHÓRQUEZ con Tarjeta Profesional No. 181202-T.

Adicional a la información anteriormente mencionada la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, adjunta soportes tales como:

- SAP de la Cuenta del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1190-2025.
- Documentos Profesionales del Contador Público JUAN CAMILO RAMÍREZ BOHÓRQUEZ con Tarjeta Profesional No. 181202-T.
- RUT.

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

La E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA aportó certificaciones de obligaciones el Sistema de Seguridad Social de Salud del mes de noviembre de 2025 con fecha de expedición del 1 de diciembre de 2025, firmados por el Contador Público JUAN CAMILO RAMÍREZ BOHÓRQUEZ con Tarjeta Profesional No. 181202-T.

La E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA debe allegar copia del CONFIS y conformación del Comité Operativo Técnico.

El Fondo de Desarrollo de Cundinamarca – FONDECUN aportará el cronograma de actividades ajustado a la fecha del acta de inicio y firmado por el profesional responsable.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA se compromete hacer la devolución de los rendimientos que se generen hasta la fecha del cierre de la cuenta en un plazo mensual y el último no mayor a quince (15) días del presente acto de liquidación.

NELSON HERNAN LOPEZ ROMERO
SUB DIRECTOR TECNICO DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SECRETARIA DE SALUD

17/12/2025

E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

"Nuestra Atención Integral Segura y Humana"

REGIÓN DE SALUD NORTE

La Palma, Cundinamarca, 1 de diciembre de 2025
HSJLP GER N° 501

Doctora.
NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
Secretaría de Salud de Cundinamarca
Gobernación de Cundinamarca
Bogotá D.C.

Asunto: SOLICITUD DESEMBOLSO DE RECURSOS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1190-2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA.

Cordial saludo.

Conforme a la suscripción del convenio interadministrativo SS-CD-CVI-1190-2025 celebrado entre el Departamento de Cundinamarca - Secretaria de Salud y la Empresa Social del Estado Hospital San José de la Palma cuyo objeto es "*AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA DE YACOPÍ, PARA EJECUTAR LA CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD PATEVACA ADSCRITO A LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA DE YACOPÍ CUNDINAMARCA, 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 CUNDINAMARQUESA.*", se solicita el desembolso del recurso asignado por valor de **CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE ($179.958.093)** correspondiente a la vigencia 2025, a la cuenta de ahorros del No. 341-939024-74.

Se anexa Certificación bancaria correspondiente.

Cordialmente,

HERNEY ALEXANDER RINCON ALDANA
Gerente
ESE Hospital San José de La Palma

VIGILADO Supersalud

Gobernación de Cundinamarca

Dirección: Carrera 5 No. 1-04 – Código Postal: 253801110
Teléfono: Móvil: 350.426.4850/52
Portal Institucional: http://www.hlapalma.gov.co
Correo Electrónico: contactenos@esehospital-lapalma.gov.co

facebook.com/HospitalLaPalma twitter.com/hospitallapalma

Red de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

Bancolombia

Pacho, 01 diciembre del 2025

Señores:
A QUIEN INTERESE.
E.S.M

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA** identificado NIT. **899999165** a la fecha de expedición de esta certificación, se encuentra vinculado (a) así: **CONVENIO 1190 – 2025 PUESTO DE SALUD DE PATEVACA.**

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado.
Cuenta Ahorros.	34193902474	2025/11/11	Activa

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 8541368 \ 8540061 de Pacho, o en nuestra sucursal de Pacho c/marca ubicada en la Carrera 17 # 6-54.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Pacho - Ofi 341 Pacho
Asesor de servicios Nº 153
Cédula Nº
1.093598440.

Fredy Alexander Alarcon V.
Gerencia Comercial Equipos Especializados Pymes - PAM

Grupo Bancolombia

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 8
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 03/diciembre/2024

FECHA: DÍA 01 | MES 12 | AÑO 2025 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [XX]

INFORMACIÓN GENERAL

1. SECTOR ENTIDAD	Salud
¿CUAL?	
2. CONTRATO	AÑO
3. CDP/PEDIDO	SS-CD-CVI-1190- AÑO 2025

DATOS PERSONALES

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA
5. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT No 899999185 D.V. 6
6. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	NERNEY ALEXANDER RINCON ALDANA
7. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No 11523893 D.V. 9
8. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CRA 5 No 1-04
9. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	Cundinamarca-La Palma
10. TELÉFONO	TELEFONO 3208372858
Indicativo	
11. CORREO ELECTRÓNICO	gerenciahpalma@gmail.com - contactanos@esehospital-lapalma.com.co

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

12. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Bancolombia Cód. 1007
Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?	
13. No. CUENTA BANCARIA	34193902474 TIPO Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual.
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

14. TIPO PERSONA	Jurídica
15. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No aplica No
La información de dependiente económico solo la diligencia la persona natural, si le aplica.	
16. NATURALEZA	Pública ¿CUAL?
17. RÉGIMEN TRIBUTARIO	Responsable de IVA
18. CALIDAD RESPONSABLE	GRAN CONTRIBUYENTE No No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR RENTA No No. RESOLUCIÓN
	AUTORRETENEDOR IVA No No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR ICA No No. RESOLUCIÓN
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO No OTRA ¿CUAL?
19. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación
	SECUNDARIA
20. TARIFA RETENCIÓN	PRINCIPAL
	SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, suprimir, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad	SI
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	SI
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	SI

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

NERNEY ALEXANDER RINCON ALDANA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

11523893
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

21. TIPO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
22. CUENTA CONTABLE	2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL?
23. CONCEPTO RETENCIÓN	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
24. VIAS DE PAGO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

25. INDICADOR	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
26. BASE	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
27. RETENCIÓN ESPECIAL	RS5 Reserva aplicable a compras 15%
	RS7 Reserva aplicable a servicios 15%
28. RETENCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1
29. OBSERVACIONES	No aplica
30. TASA	DRS1 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 02 | MES 12 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

REVISADO POR:

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA CUNDINAMARCA

C E R T I F I C A:

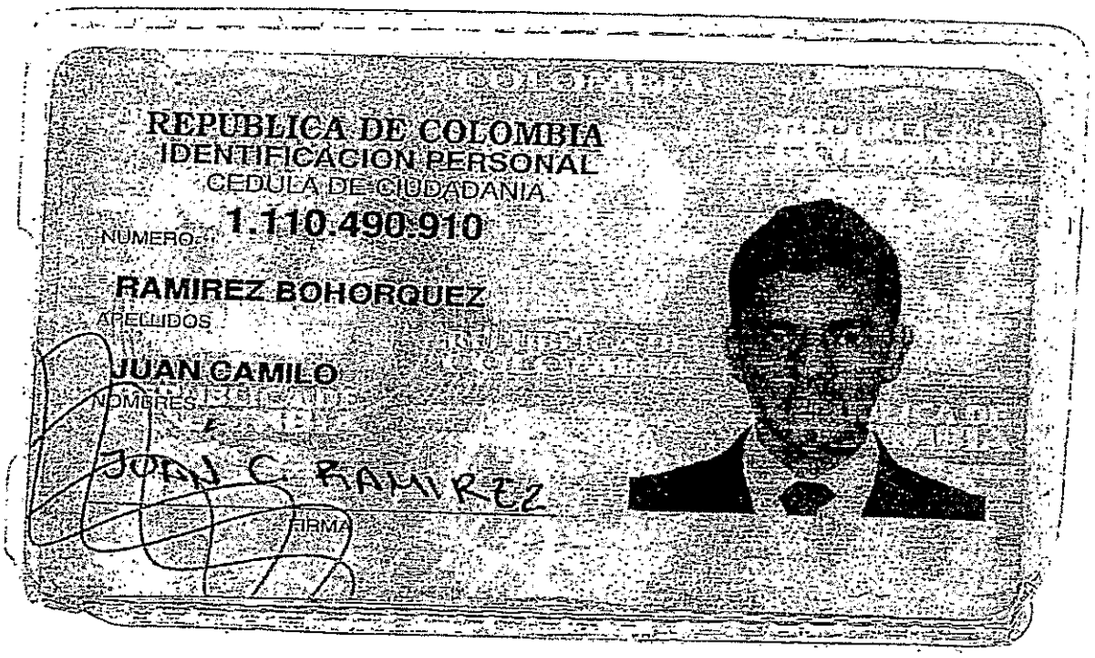
Que las obligaciones al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos laborales y aportes parafiscales se cancelaron oportunamente durante el mes de NOVIEMBRE del 2025, por lo que declaro que se encuentra a Paz y Salvo con las empresas promotoras de salud EPS, Fondo de Pensiones, Administradora de riesgos laborales ARL, Cajas de compensación Familiar, ICBF y SENA. Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el Art 50 de la ley 789 de 2002.

Expedida en La Palma Cundinamarca, a los uno (01) día del mes de diciembre de 2025.

JUAN CAMILO RAMIREZ BOHORQUEZ
Contador Público
T.P 181202 -T

HERNEY ALEXANDER RINCON ALDANA
Representante Legal

VIGILADO Supersalud



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.110.490.910
RAMIREZ BOHORQUEZ
APELLIDOS
JUAN CAMILO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-OCT-1989
ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
03-DIC-2007 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-2900100-63170090-M-1110490910-20080617 03630 08168H 02 284403840

República de Colombia

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL

DE CONTADOR PUBLICO

181202-T



JUAN CAMILO

RAMIREZ BOHORQUEZ

C.C. 1110490910

RESOLUCION INSCRIPCION 433 FECHA 22/08/2013

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS EDUARDO FORERO VARGAS 192205

Juan C. Ramirez B

109920

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX 344 41 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 26 No. 9A - 21 Bogota D.C

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JUAN CAMILO RAMIREZ BOHORQUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1110490910 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 181202-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 2 días del mes de Diciembre 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 141158442956

(415)7707212489984(8020) 000014115844295 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 9 9 9 9 1 6 5	6	Impuestos de Bogotá 8 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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

36. Nombre comercial	37. Sigla
	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	La Palma 3 9 4

41. Dirección principal
CR 5 1 08

42. Correo electrónico contactenos@esehospital-lapalma.com.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 14 42 52

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

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

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 RINCON ALDANA HERNEY ALEXANDER
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-12-2025 08:02:36AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141158442956

(415)7707212489984(8020) 000014115844295 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 9 9 9 9 1 6 5	6	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	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 3	70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	7 9	2 0 1 6 1 0 3 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 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141158442956

(415)7707212489984(8020) 000014115844295 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 9 9 9 9 1 6 5	6	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	1 1 5 2 3 6 9 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RINCON	ALDANA	HERNEY	ALEXANDER

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141158442956

(415)7707212489984(8020) 000014115844295 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 9 9 9 9 1 6 5	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

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

135. Fecha de nombramiento

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	1 1 1 0 4 9 0 9 1 0		1 8 1 2 0 2 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
RAMIREZ	BOHORQUEZ	JUAN	CAMILO

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 5 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO