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. HSAA155093
FECHA: 29/12/2025 16:12:00
FECHA VENCIMIENTO: 27/02/2026

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Contrato:** CONVENIO SS-CD-CVI-976-2025

Paciente: DE SALUD DE CUNDINAMARCA SECRETARIA
Dirección: bogota
Estrato: Nivel 0 (0%)
Tipo / No. Documento: NI 899999914
Telefono: 000
T. Usuario: Vinculado
Edad: 24 A 2 M 28 D 0 H
Carnet:

No. Autorización: Sin Autorizacion

Ingreso: 2025-12-29 16:12 **Egreso:** 2025-12-29 16:12 **Dx Egreso:**

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Ninguno					
1208-2025	1208-2025	DESEMBOLSO DE RECURSOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1208-2025 CUYO OBJETO AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVO Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, PARA LA "REPOSICIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE REVENTONES DEL MUNICIPIO DE ANOLAIMA, ADSCRITO A LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, 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 DE SERVICIOS DE SALUD Y MODELO DE GESTIÓN EN SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN CUNDINAMARQUESA Y EN SU EQUILIBRIO FINANCIERO	1,800,000,000.00	1.00	1,800,000,000.00
		SubTotal	**1,800,000,000.00**		**1,800,000,000.00**

Vr. Descuento: 0.00

Vr. Total Servicios Prestado: 1,800,000,000.00
Copago a realizar por el paciente: 0.00
Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: 1,800,000,000.00

Vr Empresa: MIL OCHOCIENTOS MILLONES PESOS M/CTE
Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Usuario que Elabora: PAULA LORENA MAHECHA M

Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE: 74754ff4afba6d55fe12ce70d39cc2282301abed62de3e221eec9c0618293ea9adf49cc4da750bcca88084a819d432c6
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 29/12/2025 16:13:00

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. HSAA155093
FECHA: 29/12/2025 16:12:00
FECHA VENCIMIENTO: 27/02/2026

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Contrato:** CONVENIO SS-CD-CVI-976-2025

Paciente: DE SALUD DE CUNDINAMARCA SECRETARIA **Tipo / No. Documento:** NI 899999914 **Edad:** 24 A 2 M 28 D 0 H
Dirección: bogota **Telefono:** 000
Estrato: Nivel 0 (0%) **T. Usuario:** Vinculado **Carnet:**

No. Autorización: Sin Autorizacion

Ingreso: 2025-12-29 16:12 **Egreso:** 2025-12-29 16:12 **Dx Egreso:**

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: 74754ff4afba6d55fe12ce70d39cc2282301abed62de3e221eec9c0618293ea9adf49cc4da750bcca88084a819d432c6
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 29/12/2025 16:13:00

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO ANOLAIMA

Anolaima, 30 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-1208-2025.

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-1208-2025, suscrito entre la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA y el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud cuyo objeto es: "AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVO Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, PARA LA "REPOSICIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE REVENTONES DEL MUNICIPIO DE ANOLAIMA, ADSCRITO A LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, 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 DE SERVICIOS DE SALUD Y MODELO DE GESTIÓN EN SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN CUNDINAMARQUESA Y EN SU EQUILIBRIO FINANCIERO"

La solicitud se realiza en cumplimento de lo establecido en la **CLÁUSULA OCTAVA - FORMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS:** El valor del convenio a suscribir es por **MIL OCHOCIENTOS MILLONES PESOS M/CTE ($ 1.800.000.000,00) M. C/TE.,** el cual será girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA de la siguiente manera:
Un (1) único desembolso que corresponde al 100% del valor del convenio por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca con cargo a la vigencia fiscal 2025; el cual 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 para el pago de los recursos con destinación específica; acreditando que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, seguridad social y riesgos laborales; y la presentación de la respectiva cuenta de cobro."

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

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

- Factura No. HSAA154920
- Certificado de cumplimiento de parafiscales y seguridad social (PILA)
- Certificación bancaria

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

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

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-CVI-1208-2025	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 29.12.2025 hasta el 30.12.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	30.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA
NIT / C.C.:	8320014654
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, ADMINISTRATIVO Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, PARA LA "REPOSICIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE REVENTONES DEL MUNICIPIO DE ANOLAIMA, ADSCRITO A LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, 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 DE SERVICIOS DE SALUD Y MODELO DE GESTIÓN EN SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN CUNDINAMARQUESA Y EN SU EQUILIBRIO FINANCIERO.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	28.11.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	29.12.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100072564
Registro Presupuestal	4600032764
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$1,800,000,000
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$1,800,000,000
Plazo de Ejecución Inicial	4 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	4 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	28.11.2026
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	SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Garantía de Cumplimiento	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

30/12/2025

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 1%

Dentro de las obligaciones, compromisos y productos específicos por parte de la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA se encuentra lo siguiente:

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)

PRODUCTOS QUE ENTREGAR

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)

30.12.2025. De acuerdo con el seguimiento a la ejecución del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1208-2025 por parte de la Supervisión y con la información suministrada por parte de la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA según solicitud de desembolso del 30 de diciembre de 2025, se verificó:

-El plazo de ejecución del convenio será dieciocho (11) MESES, contados a partir de la firma del acta de inicio y del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización. Se suscribió el contrato el día 29 de diciembre de 2025 con fecha inicial del 29 de diciembre de 2025 y fecha de terminación inicial el 28 de noviembre de 2026.
-Para el desembolso de los recursos del convenio la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA emite Factura Electrónica No. HSAA155093 de fecha 29 de diciembre de 2025 por un valor de $ 1.800.000.000,00.

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 ANTONIO DE ANOLAIMA suscribió el contrato el día 29 de diciembre de 2025 con fecha inicial del 29 de diciembre de 2025 y fecha de terminación inicial el 28 de noviembre de 2026.
-
2.Certificación de la apertura de la cuenta bancaria de ahorros donde se girarán los recursos del presente convenio. (CUMPLE)

-Para el manejo de los recursos del convenio la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, apertura la Cuenta de Ahorros No. 124209073 de Banco de BOGOTÁ denominada "CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1208-2025" con fecha de apertura del 26 de diciembre de 2025 y en estado ACTIVA y VIGENTE.

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 ANTONIO DE ANOLAIMA aportó certificación del mes de noviembre de 2025 con fecha de expedición del 26 de diciembre de 2025, firmados por la Contadora Pública LEIDY JOHANA PEÑA RONDON con Tarjeta Profesional No. 263473-T

Adicional a lo anteriormente mencionado, la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA presento:

-SAP de la Cuenta.
Documentos Profesionales de la Contadora Pública LEIDY JOHANA PEÑA RONDON con Tarjeta Profesional No. 263473-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 ANTONIO DE ANOLAIMA aportó certificación del mes de noviembre de 2025 con fecha de expedición del 26 de diciembre de 2025, firmados por la contadora pública LEIDY JOHANA PEÑA RONDON con Tarjeta Profesional No. 263473-T.

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 E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA debe allegar copia del CONFIS y conformación del Comité Operativo Técnico.

La E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, 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

30/12/2025

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 de ahorros oficial No. 124209073, denominada **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1208 – 2025** aperturada el 26/12/2025 la cual se encuentra activa y vigente a la fecha.

Se expide en Bogotá, el día 26 de diciembre del 2025.

Cordialmente,

Banco de Bogotá

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

Banco de Bogotá

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 8
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 09/diciembre/2024

FECHA: DÍA 29 | MES 12 | AÑO 2025 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [X] 2. ACTUALIZACIÓN [ ]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA (ENTIDAD)	SALUD		
	¿CUAL?		
4. CONTRATO/OV		AÑO	
5. CONVENIO	SS-CD-CVI-1208	AÑO	2025

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	E.S.S HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA				
7. IDENTIFICACIÓN NIT	NIT	No	832001465	DV	4
8. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO				
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía	No	63485330	DV	6
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CALLE 3 N 1-81				
11. DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO	Cundinamarca-Anapoima				
12. TELEFONO	601 Cundinamarca - Bogd	13. CELULAR	3208662453		
14. CORREO ELECTRÓNICO	Indicativo gerencia@esehospitalsanantoniodeanolaima.gov.co				

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco de Bogotá Cód. 1001		
	Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?		
16. No CUENTA BANCARIA	124209073	17. 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

18. PERSONA	Jurídica		
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No aplica	No	
	La información de dependiente económico sólo lo diligencia la persona natural, si la aplica.		
20. NATURALEZA	Pública	¿CUAL?	
21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA		
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]	AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]	
	AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]	AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]	
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?		
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL	8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación	
	SECUNDARIA		
24. TARIFA RETEICA	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, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactanos@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 N° 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)	No
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	No
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

LAURA ISABEL ESPAÑA MORENO
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

63485330
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS		
26. CUENTA ASOCIADA	2401010000 Bienes y servicios	¿CUAL?	
27. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales		
28. VIAS DE PAGO	Y Transferencia Salud		

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETEFUENTE	TARIFA 1	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
30. ICA	TARIFA 1	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
31. RETENCIÓN DE IVA	RI05 Reteiva aplicable a compras 15%	
	RI07 Reteiva aplicable a servicios 15%	
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1	
33. ESTAMPILLAS		
34. TASAS	DRD1 Pro Deporte y Recreación 2.5%	

FECHA: DÍA 29 | MES 12 | AÑO 2025

PROCESADO POR: WILLIAM CALDERON ROBLEDO

REVISADO POR:

EL SUSCRITO CONTADOR 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 los veintiseis (26) días del mes de diciembre de 2025.

LEIDY JOHANA PEÑA RONDON
Contador Público
T.P 263473-T

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B 7 9 D 3 C E 6 5 9 5 C D 9 3 D

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.

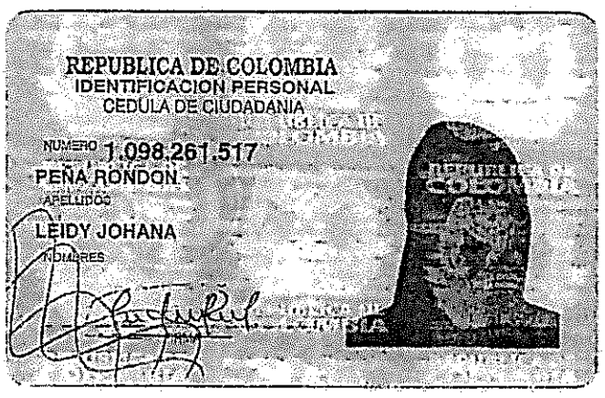
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.261.517
PEÑA RONDON
APELLIDOS
LEIDY JOHANA
NOMBRES



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
INDICE DERECHO

P-2712400-00374661-F-1098261517-20120518 0029841748H 1 32765808



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

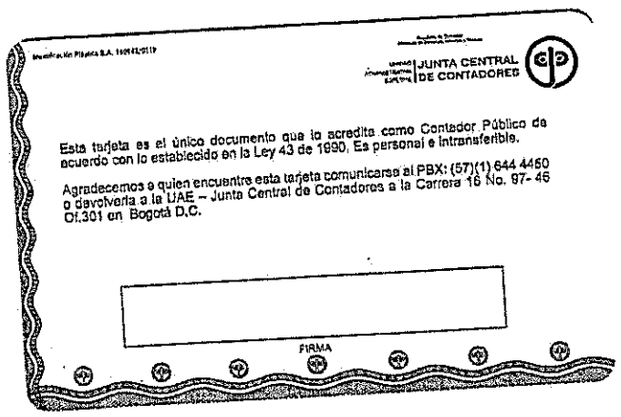
263473-T

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 4460 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

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	Impuestos 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

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 9 6 0 3 2 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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 ESPAÑA MORENO LAURA ISABEL

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

Item	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