



ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA

NIT :899999172-8

Carrera 11 No 11 - 29 Tel: 884-44-44

COMPROBANTE DE EGRESO N° 2024003890

CÓDIGO SGC

VERSIÓN SGC

FECHA SGC

06/02/2017

CHEQUE

AÑO 2024 MES 09 DIA 09 Valor \$ 7,873,848.00

Paguese A HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA

Valor en Letras : SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/C

FECHA COMPROBANTE	09/09/2024	N° COMPROBANTE	2024003890
A FAVOR DE	HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA	NIT	899999156
N° CHEQUE O CUENTA	264333568	VALOR	7,873,848.00
POR VALOR DE	SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/C		
TELEFONO	8630828 8630827		
COMPROBANTE AFECTADO	COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR	NÚMERO	2024003459
DETALLE	CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6384303. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VALORACION Y EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LAPOBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.CUOTA 01 PERIODO MAYO 2024 FACTUA 126678		
VIGENCIA PRESUPUESTAL	2024		

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la cuenta	Rubro	Aux	CenCos	Dèbito	Crédito
24800401	Acciones de Salud Pública - HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA - 899999156	230208190320202517500 820162.3.2.02.009 - 71102		0	7,873,848.00	0.00
10060347	B.COL. CA 337-169452-57 MC - Otros gastos salud			0	0.00	7,873,848.00
SUMAS IGUALES:					7,873,848.00	7,873,848.00

MOVIMIENTOS PRESUPUESTALES

Disponibilidad	2024001113	Registro	2024001423	Obligacion	2024003722
Comprobante Afectado: Pagos		Fecha: 09/09/2024		Número: 2024003837	
Cod Rubro	Nombre Rubro	Codigo Fuente	Nombre Fuente	V. Credito	V. ContraCredito
230208190320202517500 820162.3.2.02.009 71102	Servicios para la comunidad, sociales y personales COLJUEGOS	71102	COLJUEGOS	7,873,848.00	0.00

Pagos	Total :	7,873,848.00	0.00
-------	---------	--------------	------

Aprobó:	Revisó:	Firma y Sello Beneficiario
---------	---------	----------------------------

C.C ó Nit

Elaboró BEJARANO MONCADA NATALIA
Modificó BEJARANO MONCADA NATALIA
Imprimió BEJARANO MONCADA NATALIA



ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA

NIT :899999172-8

Carrera 11 No 11 - 29 Tel: 884-44-44

COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR N° 2024003459

CÓDIGO SGC

VERSIÓN SGC

FECHA SGC

01/01/2024

Nombre:	HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA	CC o NIT:	899999156
Dirección	CRA 10 N 8 24	Teléfonos:	8630828 8630827
Objeto:	CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6384303. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VALORACION Y EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LAPOBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.CUOTA 01 PERIODO MAYO 2024 FACTUA 126678		

Movimiento Contable

Cuenta	Nombre de la cuenta	CenCos	Aux	Débito	Crédito
55021601	Acciones de salud Pública	0		7,873,848.00	0.00
24800401	Acciones de Salud Pública - HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA - 899999156	0		0.00	7,873,848.00

Fecha (d/m/a)	Débitos	Créditos	Valor a Girar
09/09/2024	7,873,848.00	7,873,848.00	7,873,848.00

Movimiento Presupuestal

Vigencia Presupuestal		Disponibilidad Afectada		
Compromiso	Obligación	Rubro	Nombre Rubro Presupuestal	Valor
2024001423	2024003722	23020819032020251 7500820162.3.2.02.0 2.009 71102	Servicios para la comunidad, sociales y personales COLJUEGOS	7,873,848.00

Total Presupuesto :				7,873,848.00
---------------------	--	--	--	--------------

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DIRECTOR TECNICO

Yolanda Babor

Elaboró VASQUEZ CANASTO IVAN RICARDO
Modificó VASQUEZ CANASTO IVAN RICARDO
Imprimió VASQUEZ CANASTO IVAN RICARDO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO - CHIA

899999156

Fecha Actual : jueves, 08 agosto 2024
Página 1/1

Dirección: Carrera 10 No. 8-24 Chía
Telefono: 5140707

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA



Unidos por su Salud

FECH0000126678

Fecha : 08 ago. 2024 01:56 p. m.



Cufe:c2290d75bb3b8bb32b44065082caea826beab8e3b3a60703fc5087632074d6def45c7306c7cb3bd0e13a92de43d2ed71

Señores ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA
Nit 899999172

Dirección OTRO
Teléfono

Plan Benef CONTRATO INTER ADMINISTRATIVO

Contrato PCCNTR.6384303

Fecha

Código MU07

Fecha Inic 31 may. 2024 12:23 p. m.

Fecha Final 30 dic. 2024 12:23 p. m.

Liquidación de Servicios entre 31 may. 2024 y 30 junio. 2024

Por concepto de los servicios médicos prestados correspondientes al periodo comprendido entre el

31 may. 2024 y 30 junio. 2024 discriminados en soportes anexos.

Número de Usuarios : 1 Valor por Usuario : \$ 7.873.848,00

VALOR TOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS \$ 7.873.848,00

AJUSTE \$ 0,00

SALDO A PAGAR \$ 7.873.848,00

SON : SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA DIRECTOR

ACEPTADO

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN N° 18764057380535 DEL 04 oct. 2023. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FECH99.121 AL FECH500.000. VIGENCIA 04 oct. 2023-04 oct. 2024

Le informamos que en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013, por la cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales, La ESE Hospital San Antonio de Chía, tratara sus datos de carácter personal de manera confidencial y con los mecanismos de seguridad necesarios para impedir que terceros no autorizados tengan acceso a la misma, le invitamos a conocer nuestra "POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN" la cual podrá consultar en nuestro portal WEB, <http://www.esehospitalchia.gov.co/politicas-y-lineamientos/decreto-612-2018>.

DERECHOS QUE LE ASISTEN COMO TITULAR DE DATOS PERSONALES: usted contará con los derechos de conocimiento, acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión sobre los datos personales no públicos a los que se dará tratamiento, los cuales podrá ejercer ante el responsable del tratamiento por medio de los siguientes canales de comunicación: Dirección y domicilio: Carrera 10 # 8 - 24, Chía Cundinamarca. Teléfono: 5140707 Correo electrónico: hchia@esehospitalchia.gov.co.

Nombre reporte : FCRPCuentasCapitadas

Usuario Id. :1072708781

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN				
	INFORME DE SUPERVISIÓN			CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
				PÁGINA	3 de 5

Se brinda la información a cada una de las personas certificadas y a los familiares el resultado del certificado y se direcciona a Secretaría de salud con el fin de conocer sus usos y beneficios.			certificado de discapacidad. Se brinda la información a cada una de las personas certificadas y a los familiares el resultado del certificado y se direcciona a Secretaría de salud con el fin de conocer sus usos y beneficios.
Disponer del equipo de trabajo requerido durante todo el plazo de ejecución contractual, y en el caso de requerir algún cambio de personal, se deberá acreditar que el personal de reemplazo cuente con iguales requisitos exigidos por la Secretaría de Salud en el presente estudio. Dicho cambio debe ser aprobado por el supervisor del contrato. Se realiza un cambio en el personal del equipo 2, cumpliendo con los estándares establecidos.	100%	100%	Producto: Disponer del equipo de trabajo requerido durante todo el plazo de ejecución contractual. Se realiza un cambio en el personal del equipo, cumpliendo con los estándares establecidos.

DE IGUAL MANERA SE PROCEDE A DEJAR CONSTANCIA DE LA REVISIÓN, VERIFICACIÓN, APROBACIÓN Y AVAL DEL INFORME PRESENTADO POR EL CONTRATISTA, ASÍ:

OBSERVACIONES	
EN VIRTUD DE LO ANTERIOR SE APRUEBA INFORME DE ACTIVIDADES SI (X) NO	
MOTIVOS SI NO FUE APROBADA	XX

VALOR INICIAL	\$ 64.772.640.00	
VALOR ADICIÓN	XX	
VALOR TOTAL	\$ 64.772.640.00	

CUENTA / PAGO			VALOR A PAGAR	% EJECUCIÓN
1	DE	7	\$ 7.873.848	14.00%
	DE			
	DE			
	DE			
	DE			
	DE			
	DE			
	DE			
VALOR TOTAL EJECUTADO			\$ 64.772.640.00	100.00%
SALDO POR EJECUTAR			\$ 56.898.792	86.00 %

NÚMERO REGISTRO PRESUPUESTAL	FECHA	RUBRO PTAL	FUENTE	VALOR TOTAL	VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA	SALDO REGISTRO
2024001423	29/05/2024	2302081903202 0251750082016. 2.3.2.02.02. 009	71102	\$59.772.640.00	\$ 7.873.848.00	\$ 51.898.792.00
2024001423	29/05/2024	2302081903202 0251750082016. 2.3.2.02.02. 009	1101	\$5.000.000.00	\$ 00.00	\$5.000.000.00

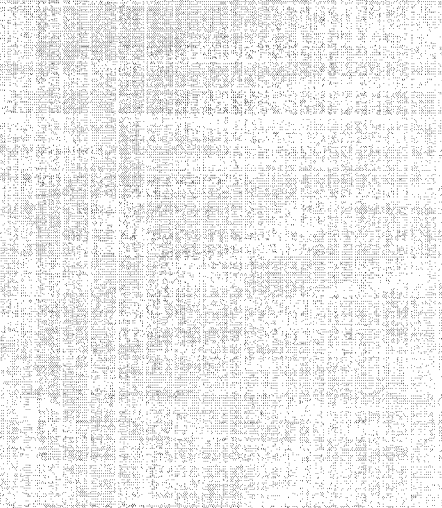
INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

PERSONA NATURAL	PLANILLA No.	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE	VALOR PAGADO
	30266350	JUNIO	\$ 50.103.300.00

VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
		PÁGINA	1 de 5

FECHA DEL INFORME 08 - 07 - 2024

ASPECTOS GENERALES	
TIPO DE INFORME AVANCE ☒ FINAL ☐	PERIODO DEL INFORME DESDE 31/05/2024 HASTA 30/05/2024
TIPO DE RECURSOS	
FUNCIONAMIENTO ☐	INVERSIÓN ☒
	EJE <u>SOCIAL Y PRODUCTIVO</u>
	SECTOR <u>SALUD Y PROTECCION SOCIAL</u>
	PROGRAMA <u>SALUD PUBLICA</u>
	REALIZAR ANUALMENTE DOS (2) SEGUIIMIENTOS A LAS IPS EN LOS PROCESOS DE CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS DE ATENCION INTEGRAL, VERIFICANDO LOS PROTOOLOS DE BIOSEGURDAD PRESENTADORES DE SALUD MUNICIPAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y OTROS EVENTOS EMERGENTES DE
	META <u>INTERÉS EN SALUD PUBLICA</u>
	FORTALECIMIENTO, GESTION, PROMOCION, PREVENCION, GESTION DEL RIESGO Y VIGILANCIA DE LAS SALUD
	NOMBRE DEL PROYETO <u>PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE CHIA</u>
	CÓDIGO BPPIN <u>2020251750081</u>

DATOS GENERALES DEL CONTRATO						
TIPO DE CONTRATO		INTERADMINISTRATIVO		CONTRATO No.	C01.PCCNTR.6384303	
CONTRATISTA		E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA				
PLAZO DE EJECUCIÓN		7 MESES				
FECHA DE CONTRATO		29/05/2024	FECHA DE INICIO	31/05/2024	FECHA TERMINACIÓN	30/12/2024
PRORROGA	FECHA	XXXXX	TIEMPO	XXXXX	FECHA TERMINACIÓN	XXXXX
SUSPENSIÓN	FECHA	XXXXX	TIEMPO	XXXXX	FECHA TERMINACIÓN	XXXXX
VALOR INICIAL EN NÚMEROS		XXXXX	EN LETRAS	XXXXX		
ADICIÓN	FECHA	XXXXX	VALOR	XXXXX	VALOR FINAL	XXXXX

SE DEBEN ADICIONAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL CONTRATO AL MOMENTO DE REALIZAR EL CORTE

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización				4. Número de formulario 141003546525	
				 (415)7707212489984(8020) 000014100354652 5	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 9 9 9 9 9 1 5 6 1		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de Identificación	
27. Fecha expedición		28. País Lugar de expedición		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 ANTONIO DE CHIA	
36. Nombre comercial		37. Sigla		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Chía		41. Dirección principal CR 10 8 24	
42. Correo electrónico hchia@esehospitalchia.gov.co		43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 8 0 1 7 4 0 5	
45. Teléfono 2 6 0 1 5 1 4 0 7 0 7		UBICACIÓN		CLASIFICACIÓN	
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 1 0		47. Fecha inicio actividad 1 9 9 6, 0 3 2 2		48. Código 1	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1		51. Código 2	
52. Número establecimientos		Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código 6 7 9 1 4 1 6 4 2 5 2		06- Ingresos y patrimonio.		07- Retención en la fuente a título de renta	
09- Retención en la fuente en el impuesto		14- Informante de exogena		16- Obligación facturar por ingresos bienes	
42- Obligado a llevar contabilidad		52 - Facturador electrónico		Usuarios aduaneros	
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 ☐		60. No. de Folios: 1 2		61. Fecha 2024 - 04 - 04 / 15 : 53: 57	
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 ORTEGA SANCHEZ ANGELA 985. Cargo Analista I		

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141003546525



(415)7707212489984(8020) 000014100354652 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 9 9 9 9 9 1 5 6 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

3

63. Formas asociativas

65. Fondos

68. Sin personería jurídica

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

2 3

2

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 7	0 3	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número	0 1 2	2 6 0	83. Nacional público 1 0 0 . 0 %
73. Fecha	1 9 9 6 0 3 2 2	2 0 1 2 0 8 0 3	84. Nacional privado 0 . 0 %
74. Número de notaría			85. Extranjero 0 %
75. Entidad de registro	0 4	0 4	86. Extranjero público 0 . 0 %
76. Fecha de registro	1 9 9 6 0 3 2 2	2 0 1 2 0 8 0 3	87. Extranjero privado 0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil			
78. Departamento	2 5	2 5	
79. Ciudad/Municipio	1 7 5	1 7 5	
Vigencia			
80. Desde	1 9 9 6 0 3 2 2		
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1		

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	8 3	2 0 1 6 0 1 0 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			

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 4 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141003546525			
				 (415)7707212489984(8020) 000014100354652 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 9 9 9 9 9 1 5 6		1		Impuestos de Bogotá		3 2	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 0 4 0 2			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 4 0 3 9 9 3 1 7		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido TORRES		105. Segundo apellido MONRRAS		106. Primer nombre ESMIT		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
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			
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			
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			
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			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141003546525



(415)7707212489984(8020) 000014100354652 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 9 9 9 9 9 1 5 6 | 1

Impuestos de Bogotá

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 3 8 4 6 4 9 0	4	1 6 8 7 3 T
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
	GIL	MONSALVE	RICARDO	ALBERTO
Revisor fiscal suplente	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	8 0 0 2 4 3 7 3 6 7		R.G. AUDITORES LTDA	
	135. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 8 0 4 0 2			
Contador	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 7 6 0 3 9 1	6	1 6 0 2 0 2 T
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	GIL	CELIS	SERGIO	ANDRES
Contador	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	8 0 0 2 4 3 7 3 6 7		R.G. AUDITORES LTDA	
	147. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 9 0 3 2 2			
Contador	148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 5 6 8 3 2 3	4	7 9 8 9 2 T
	152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
	PERDOMO	SALAS	SANDRA	PATRICIA
Contador	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
Contador	159. Fecha de nombramiento			
	2 0 2 4 0 4 0 2			



CERTIFICACIÓN BANCARIA

*El BANCO DE BOGOTÁ, informa que LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA con NIT 8999991561 es titular en nuestra Entidad de la cuenta de Ahorros No. **264333568** Denominada HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA - RECAUDO REGIMEN SUBSIDIADO, Con fecha de apertura 13-12-2007, estado ACTIVA.*

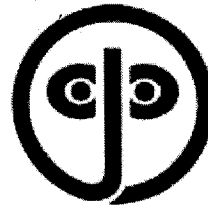
Se expide en Bogotá D.C. El día 4 de julio del año 2024.

Banco de Bogotá

CLARA ISABEL LINARES CARREÑO
EJECUTIVA BANCA OFICIAL DOM 2040
REG. SABANA

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 **RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13846490 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 16873-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 27 días del mes de Junio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

Empresa: CONTRATRANSPO147/2004

NIT: 899999172

Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: PAGO PROVE

Secuencia: A

Número de cuenta a debitar: 33716945257

Fecha: 11-09-2024

Hora: 14:34:08

Fecha de Generación: 11-09-2024

Fecha de envío del pago: 09-09-2024

Fecha para Procesar el pago: 09-09-2024

Impreso por: Denismovilla23

Total Registros del Lote: 1	Registros Procesados: 1	Registros Rechazados: 0	Registros Pendientes: 0
Valor Total del Pago: \$7,873,848.00	Valor Registros Procesados: \$7,873,848.00	Valor Registros Rechazados: \$0.00	Valor Registros Pendientes: \$0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000000264333568	Ahorros	899999156	HOSPITAL SAN ANTON	7,873,848.00	BANCO DE BOGOTA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	09-09-2024