GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	CONVENIO:	
INTERVENTORÍA:		SUPERVISIÓN	X
PARCIAL	X	FINAL	

INFORME No:	4	FECHA:	1	de	NOVIEMBRE	de	2022			
PERIODO:	DEL	1	de	OCTUBRE	de	2022	AL	31	de	OCTUBRE	de	2022
No. CONTRATO O CONVENIO	2111	DE	2022		FECHA:	14	de	JULIO	de	2022

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 20.200.000,00	RPC	4564
REGISTRO BP y P No.	2021 00415 0245		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ		

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		
Teléfono: 7420111	Dirección:	Avenida Colón N° 22 A 16	

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	14	07	2022

PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del presente contrato será de Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio
PLAZO CON ADICIONES	No aplica

FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	28	12	2022
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	28	12	2022

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	14	07	2022	
Acta parcial 01	29	09	2022	
Acta de terminación				
Acta de recibo final a satisfacción				

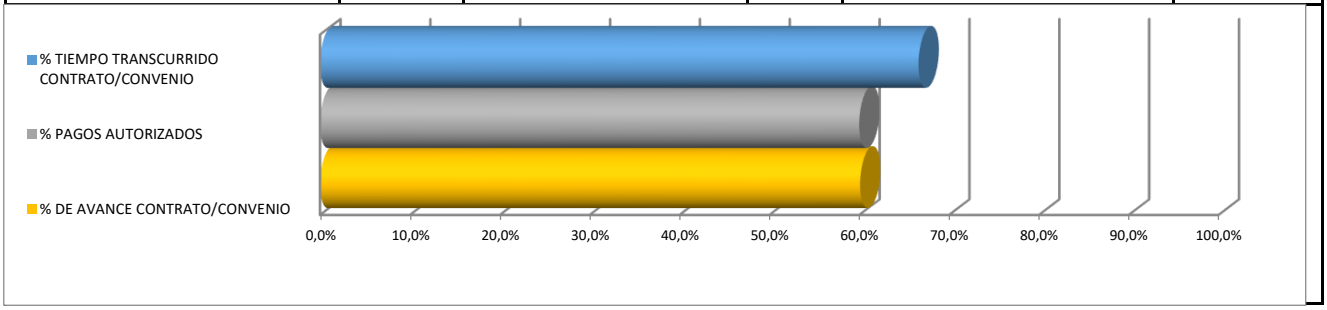
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO					
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el municipio de **TOGUI** objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, los cuales forman parte integral del presente.	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	x			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 12 de septiembre con corte a 31 de agosto de 2022; Segundo informe, 11 de noviembre con corte a 31 de octubre de 2022 y el Tercer Informe con corte al término del contrato.	Se presentó el primer informe de acuerdo a los lineamientos	x			
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá.	Las actividades se presentan en los soportes definidos	x			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	x			
5. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	x			

INFORME TÉCNICO
Las actividades de Vigilancia en Salud Pública se ejecutan de acuerdo a lo definido en la Ley 715, 100, 1122, 1438 y decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social que en su Título 8 se define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Su operatividad se visualiza en la aplicabilidad a los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia y control de los eventos de interés en Salud Pública.

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**60,1%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**66,6%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**60,0%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Contrato en proceso de ejecución y de acuerdo a lo previsto en la CLAUSULA CUARTA: FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del contrato se pagará en actas parciales una vez se ejecuten las acciones acompañado del informe de actividades desarrolladas en el formato establecido por el sistema integrado de gestión de calidad presentadas ante el supervisor del contrato para su giro: Un 60% del valor asignado; con la presentación del primer informe de las acciones y suscripción del acta parcial 01. Un 40% del valor asignado; con la presentación del informe final de las acciones y suscripción del acta de liquidación.

SEGUIMIENTO FINANCIERO						
CONTRATO O CONVENIO						
CUENTA No.	374015212	FIDUCIA No.:		BANCO:	Davivienda	
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:						
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ					

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	60%	29	09	2022	$ 12.120.000,00
Acta de recibo final a satisfacción	40%				
TOTAL					**$ 12.120.000,00**

INFORME JURÍDICO

El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social

OBSERVACIONES:

Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
REVISADO
Sandra M. Quiroga Fonseca
Firma: _____ Fecha 23/05/2023

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Nombre y Firma Supervisor o Interventor

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	CONVENIO:	
INTERVENTORÍA:		SUPERVISIÓN	X
PARCIAL	X	FINAL	

INFORME No:	5	FECHA:	1	de	DICIEMBRE	de	2022			
PERIODO:	DEL	1	de	NOVIEMBRE	de	2022	AL	30	de	NOVIEMBRE	de	2022
No. CONTRATO O CONVENIO	2111	DE	2022		FECHA:	14	de	JULIO	de	2022

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 20.200.000,00	RPC	4564
REGISTRO BP y P No.	2021 00415 0245		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ		

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Teléfono: 7420111 Dirección: Avenida Colón N° 22 A 16

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	14	07	2022

PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del presente contrato será de Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio
PLAZO CON ADICIONES	No aplica

FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	28	12	2022
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	28	12	2022

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	14	07	2022	
Acta parcial 01	29	09	2022	
Acta de terminación				
Acta de recibo final a satisfacción				

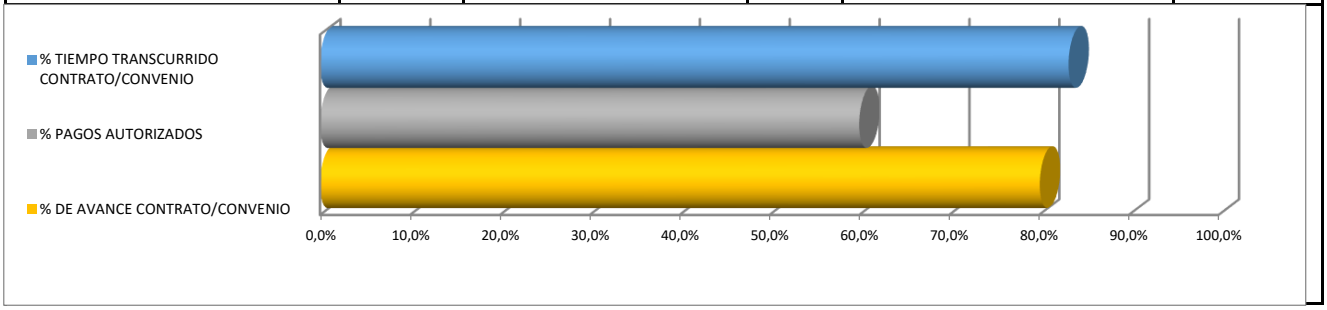
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO					
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el municipio de **TOGUI** objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, los cuales forman parte integral del presente.	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	x			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 12 de septiembre con corte a 31 de agosto de 2022; Segundo informe, 11 de noviembre con corte a 31 de octubre de 2022 y el Tercer Informe con corte al término del contrato.	Se presentó el primer informe de acuerdo a los lineamientos	x			
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá.	Las actividades se presentan en los soportes definidos	x			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	x			
5. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	x			

INFORME TÉCNICO
Las actividades de Vigilancia en Salud Pública se ejecutan de acuerdo a lo definido en la Ley 715, 100, 1122, 1438 y decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social que en su Título 8 se define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Su operatividad se visualiza en la aplicabilidad a los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia y control de los eventos de interés en Salud Pública.

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**80,1%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**83,3%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**60,0%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO
Contrato en proceso de ejecución y de acuerdo a lo previsto en la CLAUSULA CUARTA: FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del contrato se pagará en actas parciales una vez se ejecuten las acciones acompañado del informe de actividades desarrolladas en el formato establecido por el sistema integrado de gestión de calidad presentadas ante el supervisor del contrato para su giro: Un 60% del valor asignado; con la presentación del primer informe de las acciones y suscripción del acta parcial 01. Un 40% del valor asignado; con la presentación del informe final de las acciones y suscripción del acta de liquidación.

SEGUIMIENTO FINANCIERO						
CONTRATO O CONVENIO						
CUENTA No.	374015212	FIDUCIA No.:		BANCO:	Davivienda	
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:						
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ					

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	60%	29	09	2022	$ 12.120.000,00
Acta de recibo final a satisfacción	40%				
TOTAL					**$ 12.120.000,00**

INFORME JURÍDICO
El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social
OBSERVACIONES:
Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Nombre y Firma Supervisor o Interventor

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
REVISADO
Sandra M. Quiroga Fonseca
Firma: Fecha 23/05/2023

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	CONVENIO:	
INTERVENTORÍA:		SUPERVISIÓN	X
PARCIAL		FINAL	X

INFORME No:	6	FECHA:	28	de	ABRIL	de	2023			
PERIODO:	DEL	1	de	DICIEMBRE	de	2022	AL	28	de	DICIEMBRE	de	2022
No. CONTRATO O CONVENIO	2111	DE	2022		FECHA:	14	de	JULIO	de	2022
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 20.200.000,00				RPC	4564				
REGISTRO BP y P No.	2021 00415 0245									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ									

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		
Teléfono:	7420111	Dirección:	Avenida Colón N° 22 A 16

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	14	07	2022
PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del presente contrato será de Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio		
PLAZO CON ADICIONES	No aplica		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	28	12	2022
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	28	12	2022

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	14	07	2022	
Acta parcial 01	29	09	2022	
Acta de terminación	28	12	2022	
Acta de recibo final a satisfacción	28	04	2023	

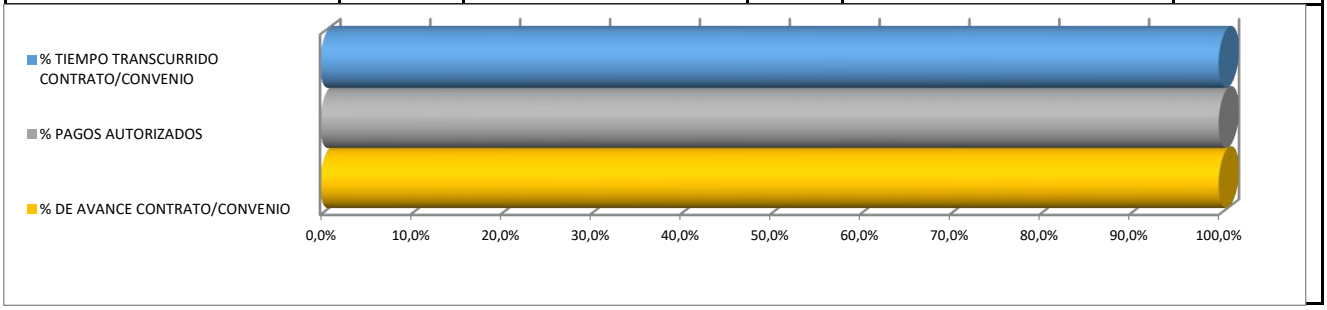
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO					
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el municipio de **TOGUI** objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, los cuales forman parte integral del presente.	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	x			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 12 de septiembre con corte a 31 de agosto de 2022; Segundo informe, 11 de noviembre con corte a 31 de octubre de 2022 y el Tercer Informe con corte al término del contrato.	Se presentó el primer informe de acuerdo a los lineamientos	x			
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá.	Las actividades se presentan en los soportes definidos	x			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	x			
5. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	x			

INFORME TÉCNICO
Las actividades de Vigilancia en Salud Pública se ejecutan de acuerdo a lo definido en la Ley 715, 100, 1122, 1438 y decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social que en su Título 8 se define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Su operatividad se visualiza en la aplicabilidad a los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia y control de los eventos de interés en Salud Pública.

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**100,0%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Contrato en proceso de ejecución y de acuerdo a lo previsto en la CLAUSULA CUARTA: FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del contrato se pagará en actas parciales una vez se ejecuten las acciones acompañado del informe de actividades desarrolladas en el formato establecido por el sistema integrado de gestión de calidad presentadas ante el supervisor del contrato para su giro: Un 60% del valor asignado; con la presentación del primer informe de las acciones y suscripción del acta parcial 01. Un 40% del valor asignado; con la presentación del informe final de las acciones y suscripción del acta de liquidación.

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	374015212	FIDUCIA No.:		BANCO:	Davivienda
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	60%	29	09	2022	$ 12.120.000,00
Acta de recibo final a satisfacción	40%	28	04	2023	$ 8.080.000,00
TOTAL					**$ 20.200.000,00**

INFORME JURÍDICO

El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social

OBSERVACIONES:

Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Nombre y Firma Supervisor o Interventor

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
REVISADO
Sandra M. Quiroga Fonseca
Firma: Fecha 23/05/2023

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

MONIQUIRA, BOYACA, 13/04/2023

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI** con NIT **820.003.435-9** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 000374015212

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

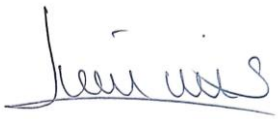
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, **LINA ROSA ABRIL SANCHEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N°. 40046185 expedida en Tunja, en mi condición de Representante Legal de La **E.S.E Centro de Salud de Togüí**, identificada con NIT. 820.003.435-9, certifico que, durante el periodo comprendido entre el 01 de septiembre al 31 de diciembre del 2022, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 100 de1993, artículos 4° y 13 del Decreto 1295 de 1994, numeral 4 del artículo 7 de la ley 21 de 1982, articulo 1 de la ley 89 de 1988.

La presente se expide hoy trece (13) de Abril de dos mil veintitrés (2023).



LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
Representante Legal
ESE Centro de Salud de Togüí
C.C. 40046185 de Tunja

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14818331371

(415)7707212489984(8020) 000001481833137 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 3 5	9	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

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

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

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Togüí 8 1 6

41. Dirección principal
CR 3 1 58 PT DE SALUD

42. Correo electrónico esetogui@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 4 8 1 7 2 1 5	3 1 4 4 1 4 3 8 9 5

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 2 1	2 0 0 1 0 8 1 0							

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	9	1	4	1	6	4	2	5	2															

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
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

Obligados 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 61. Fecha 2022 - 03 - 15 / 14 : 43: 12

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ABRIL SANCHEZ LINA ROSA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14818331371

(415)7707212489984(8020) **000001481833137 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 3 5	9	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 4	2 0 1 7 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14818331371

(415)7707212489984(8020) **000001481833137 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 3 5	9	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 0 0 5 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 0 0 4 6 1 8 5		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ABRIL	SANCHEZ	LINA	ROSA
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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14818331371

(415)7707212489984(8020) **000001481833137 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 3 5	9	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	4 2 8 0 8 7 4		COLOMBIA 1 6 9	SANCHEZ	SANCHEZ	GERMAN	AUGUSTO				2 0 2 0 0 1 0 1	
2	Cédula de Ciudada 1 3	2 4 1 7 9 4 0 5		COLOMBIA 1 6 9	CASTRO	SANCHEZ	BLANCA	CILENIA				2 0 2 0 0 6 1 0	
3	Cédula de Ciudada 1 3	1 0 5 7 7 1 0 6 1 0		COLOMBIA 1 6 9	AGUILAR	HERNANDEZ	MAVIR	ASTRID				2 0 1 9 1 0 2 5	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 4 9 6 5 0 8 2 7		COLOMBIA 1 6 9	GUTIERREZ	BOLIVAR	CARLOS	ALFONSO				2 0 2 2 0 3 0 8	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	7 6 3 1 7 3 4 8		COLOMBIA 1 6 9	CABRA	AMADO	NAPOLEON					2 0 2 2 0 1 0 3	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14818331371

(415)7707212489984(8020) **000001481833137 1**

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

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	2 3 9 8 4 0 3 7		2 1 0 7 3 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CARDENAS	ARIAS	ALYDA	MAYERLY

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Gobernación de Boyacá	FORMATO	Versión: 0
		Código: M-GS-PP-F-128
INFORME DE GESTIÓN ACCIONES VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL		Fecha: 13/Ago/2019

MUNICIPIO		TOGÜÍ	N° CONTRATO	2111		VALOR DEL CONTRATO			20.200.000
ENTIDAD		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ				FECHA DE INICIO			14/07/2022
						FECHA DE TERMINACIÓN			28/12/2022
COMPONENTE	Nº	ACTIVIDADES		Nº DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública, ajustes a EISP según lineamiento		P	26	1.500.000	100	100	
				E	26	1.500.000			
Subsistema de análisis	2	Reunión mensual del comité de vigilancia en salud pública COVE y socialización del protocolo de vigilancia en salud		P	6	3.000.000	100	100	
				E	6	3.000.000			
	3	Elaboración de los canales endémicos con comportamiento por periodo o semana epidemiológica según perfil epidemiológico y presentar su comportamiento en el COVE mensual.		P	2	400.000	100	100	
				E	2	400.000			
	4	Elaboración de curvas de comportamiento por semana epidemiológica según perfil epidemiológico y presentar su comportamiento en el COVE mensual.		P	2	300.000	100	100	
				E	2	300.000			
	5	Elaborar informe del comportamiento epidemiológico de los EISP, coberturas de vacunación y estadísticas vitales y remitirlo a la autoridad municipal. Primer semestre (corte a 30 de junio); Tercer trimestre (corte a 30 de septiembre) y último bimensual (corte a 30 de noviembre)		P	3	1.200.000	100	100	
				E	3	1.200.000			
BAI EISP - SIANIESP	6	Realizar la búsqueda activa institucional de eventos de interés en salud pública a través del SIANIESP para eventos transmisibles y no transmisibles de los meses de junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre y Noviembre		P	6	1.200.000	100	100	
				E	6	1.200.000			
Análisis de la situación de la salud	7	Realizar la actualización del documento ASIS 2022 según lineamientos		P	1	4.000.000	100	100	
				E	1	4.000.000			
	8	Realizar la construcción de una infografía del Análisis de Situación de la Salud – ASIS del 2022 y publicar la infografía del Análisis de Situación de la Salud – ASIS del 2022 en la página web de la Entidad y entregarla al municipio.		P	1	400.000	100	100	
				E	1	400.000			
	9	Realizar la socialización del Análisis de Situación de la Salud – ASIS del 2022 en una instancia de participación municipal.		P	1	600.000	100	100	
				E	1	600.000			
SIVIGILA/ Estadísticas Vitales	10	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) y presentarlo en el COVE.		P	6	1.400.000	100	100	
				E	6	1.400.000			
	11	Capacitación en el aplicativo RUAF ND: Operatividad del sistema, causas de defunción, indicadores y roles.		P	1	500.000	100	100	
				E	1	500.000			
Seguimiento y control epidemiológico	12	Seguimiento y control epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos y protocolos del INS.	Morbilidad EISP Anexo 1	1.700.000		1.490.000		88	
			Brotes EISP Anexo 2			210.000		12	
			Mortalidad EISP Anexo 3					0	
	Subtotal			1.700.000		1.700.000		100	
Apoyo PAI – BAC EISP	13	Apoyar la encuesta de coberturas de vacunación, según lineamiento PAI y realizar la búsqueda activa comunitaria de EISP según lineamiento		P	1	1.200.000	100	100	
				E	1	1.200.000			
Vigilancia en salud pública comunitaria	14	Levantar mapa de actores, líderes y organizaciones comunitarias y georreferenciación de los medios de comunicación, operadores de redes móviles disponibles para la VSPC		P	1	400.000	100	100	
				E	1	400.000			
	15	Identificar agentes comunitarios y sociales para conformar la red de vigilancia comunitaria – COVECOM.		P	1	400.000	100	100	
				E	1	400.000			
	16	Elaborar diagrama de flujos de comunicación y cadena de llamadas con la comunidad desde que la RVSP identifica la situación, hasta la activación de la respuesta y respectiva retroalimentación.		P	1	400.000	100	100	
				E	1	400.000			
	17	Realizar capacitación a la red de vigilancia comunitaria y comunidad en el reporte de eventos de interés en salud pública según lineamiento		P	4	1.600.000	100	100	
				E	4	1.600.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				20.200.000		20.200.000		100,0%	

OBSERVACION GENERAL
1. Se verifican actividades de acuerdo a los lineamientos entregados.
2. Una vez verificados los soportes con corte a la fecha de finalizaciòn del contrato se suscribe acta de liquidaciòn
3. Los soportes quedan bajo custodia de la entidad contratada.

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ	Gerente	
BLANCA LILIANA LYNN RAMIREZ	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	
CLARA SONIA GUERRERO BERNAL	Supervisor SESALUB	

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Togui

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621

Carrera 3 #1-58 Puesto De Salud Teléfono: 3114817215 **NIT: 820003435-9**

Factura Electrónica de Venta **No. FE250867** Fecha emisión 28/04/2023

Autoriza DIAN 18764042874846, Fecha: 2023-01-16 hasta 2024-01-16, Prefijo FE, Factura 250396 al 250947.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Acuerdo mutuo Fecha de Pago: 27/07/2023

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	POR CONCEPTO DE LA LIQUIDACION DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N 2111 DE 2022 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD P BLICA EN APLICACION AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.	8,080,000.00	1.00	8,080,000.00

Valor total factura electrónica #FE250867 8,080,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **8,080,000.00**

Valor EN LETRAS: OCHO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE

IPS esetogui@gmail.com

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 00037401521-2 Entidad Bancaria: BANCO DE DAVIVIENDA -

CUFE: 7671b969edd8d4b5d1f77adf8ae85644f7a029a2827897b9093fa1b98638f449119a2ef3b645fcc2135a2fc9402bceb0

Documento generado el 28/04/2023 17:20 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-061
ACTA DE TERMINACIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	28 de diciembre de 2022	
CONTRATO	No. 2111	FECHA: 14/07/2022
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.	
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ R/L LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ	NIT: 820.003.435-9
		C.C: 40046185
SUPERVISOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL	
VALOR	$ 20.200.000	
VALOR CON ADICIONES	$ 20.200.000	
PLAZO	Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio.	
PLAZO CON ADICIONES	Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio.	
FECHA INICIO	14/07/2022	
ACTA DE SUSPENSIÓN	N.A.	
ACTA DE REINICIACIÓN	N.A.	
FECHA DE TERMINACIÓN	28 de diciembre de 2022	
REGISTRO BPyP No.:	2021 00415 0245	

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá, se reunieron los señores, CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, Supervisor y el señor (a) LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ como representante legal o contratista.

Se verifica que el contrato No 2111 de 2022, se da por terminado en cuanto a su ejecución y no se procede con el recibo a satisfacción hasta que se verifique su ejecución de conformidad con lo acordado. Que el contrato interadministrativo se desarrolló dentro del término establecido para su ejecución, de igual manera es pertinente indicar que el balance financiero se verá reflejado en el acta de liquidación.

Teniendo en cuenta lo anterior las partes acuerdan:
PRIMERO: Dar por terminado el contrato interadministrativo N°2111 del 14/07/2022, cuyo objeto fue: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: Una vez se revisen los soportes de las actividades se procede a la suscripción del acta de liquidación y recibo final a satisfacción.

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	**LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ** CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ

* Si se requiere se pueden adicionar más firmas.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
REVISADO
Sandra M. Quiroga Fonseca
Firma: Fecha 23/05/2023

Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	28 de abril de 2023		
CONTRATO X CONVENIO __	No. 2111	DE FECHA: 14/07/2022	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD.		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ R/L: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ		NIT: 820.003.435-9 C.C: 40046185
INTERVENTOR __ SUPERVISOR X	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		C.C: 40026923
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:		$ 20.200.000
	APORTE DEPARTAMENTO:		$ 0.00
	APORTE DE CONTRAPARTE		$ 0.00
ADICIONAL N° N/A	VALOR		$ 0.00
ADICIONAL N° N/A	VALOR		$ 0.00
VALOR TOTAL CON ADICIONES			$ 20.200.000
PLAZO INICIAL	Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio.		
PRORROGA N° N/A	Tiempo: N/A	De Fecha:	N/A
PRORROGA N° N/A	Tiempo: N/A	De Fecha:	N/A
PLAZO TOTAL	Cinco (5) meses y quince (15) días a partir del acta de inicio.		
FECHA DE INICIACIÓN	14/07/2022		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N/A	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N/A	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	28 de diciembre de 2022		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	No aplica		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 1/09/2022 a 28 /12/2022		
RBPP N°	2021 00415 0245		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 4564 AÑO: 2022

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, Interventor / Supervisor, y el señor (a) LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ, como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amortizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o Convenio	$20.200.000	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$8.080.000
Valor total actas pagadas		$12.120.000
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		$00
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		$0
Sumas iguales	$20.200.000	$20.200.000

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA:

No. CUENTA: 374015212	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: X

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: R/L: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ

* Si se requieren se pueden adicionar más firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
REVISADO
Sandra M. Quiroga Fonseca
Firma: Fecha 23/05/2023