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	2/07/2024			
CONTRATO _X__ CONVENIO ___	No.	1987	DE FECHA:	19/04/2023
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI			NIT:820003435-9
	LINA ROSA ABRIL SANCHEZ			CC:40046185
INTERVENTOR __ SUPERVISOR _	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO			CC:7169525
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 25.202.400,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 25.202.400,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023			
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023			
FECHA DE INICIACIÓN	20/04/2023			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/2023			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	29/12/2023			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	20/04/2023 AL 29/12/2023			
RBPP N°	2022 00415 0322			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3778_AÑO: _2023_, "

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO Interventor / Supervisor, y el señor (a) LINA ROSA ABRIL SANCHEZ 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, caracteristicas 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	$ 10.080.960,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 10.080.960,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion (aclarar dentro de las observaciones), 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	25.202.400,00	
Amortización Anticipo		10.080.960,00
Valor a pagar de la presente acta		13.978.940,00
Valor Total actas pagadas		-
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		1.142.500,00
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	25.202.400,00	25.202.400,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion-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:	176769998152	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.

SECRETARIA DE CONTRATACION
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024

Firma: _____
Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI
CONTRATISTA
LINA ROSA ABRIL SANCHEZ

* Si se requieren se pueden adicionar mas 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 Secretaría de Contratacion **Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor**

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 4**
		CÓDIGO: A-GF-GI-F-006
CONSTANCIA DE RADICACION CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS MUNICIPIOS Y OTROS		**FECHA: 24/Jun/2022**

Contrato No. 1987-2023

Contratista: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI

Teléfono y Correo Electrónico: esetogui@gmail.com, administrativa@ese-togui-boyaca.gov.co

Periodo Informe Supervisión: 20/04/2023 AL 29/12/2023

Pago Único _____ Parcial_____ Final__X____

DOCUMENTO	DESTINO
	CENTRAL DE CUENTAS
Constancia de Radicación Convenio Y/O Contratos Interadministrativos, Municipios y Otros	X
Registro Presupuestal. RPC **primer pago o pago único.**	X
Registro Presupuestal. RPC SPGRSSF Sistema General de Regalías.	X
Certificación Bancaria: 1. Contratos o Convenios: Cuenta Bancaria que contenga: Nombre del contratista o del convenio, Número de la cuenta, Objeto y Número del Contrato o Convenio. 2. Contratos por Licitación Pública: Constituir Fiducia o Patrimonio Autónomo Irrevocable. Según normatividad vigente y anexar Copia Contrato de Fiducia o Patrimonio Autónomo, cuando aplique. Nota 1: Para el pago con recursos Regalías Asignaciones Directas, se debe anexar cualquiera de los formatos establecidos por DNP, certificando la inscripción de la Cuenta Maestra. Nota 2: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria	X
Acuerdo OCAD - Sistema General de Regalías – Asignaciones Directas. cuando aplique Nota: Aplica solo para las cuentas financiadas por Regalías- Asignaciones directas con situación de fondos	X
Comprobante de Ingreso de Tesorería con Certificación Rendimientos financieros, cuando hubo giro de anticipos.	X
Copia Contrato. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere). Para Municipios Plan Alimentario PAE únicamente en el primer pago	X
Documento de confrmación del Consorcio o Unión Temporal, cuando corresponda	X
Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos en que no se identifique el supervisor en la minuta del contrato o convenio	X
Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal del Interventor.	X
Acta de Iniciación 1er Pago o pago único.	X
Acta de Aclaración	X
Acta de Suspensión	X
Acta de Reiniciación	X
Acta Parcial Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta parcial)	X
Factura electronica o Documento Equivalente. (Artículo 617 y 618 de Estatuto Tributario). Incluir en la factura para consorcios y uniones temporales nombre o razón social, Nit, y % de participación de sus integrantes s/n D. 3050/97 Art. 11. Art.1.6.1.4.8 decreto 1625/2016 para el caso de consorcios y uniones temporales	X
Comprobante Entrada Almacén y Acta de Recibo suministros Almacén (Cuando las obligaciones contractuales contemplan elementos o bienes de Consumo y/o devolutivos)	X
Acta de Terminación	X
Acta de Recibo Final. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de recibo final)	X
Acta de Liquidación de Convenio. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de liquidación de convenio)	X
Aclaratoria Acta de Liquidación Convenio Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato aclaratorio acta de liquidación convenio)	X
Planillas aportes en seguridad social del periodo a pagar, para convenios Interinstitucionales	X
Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores, cuando aplique	X
Registro Único Tributario. RUT. Impreso o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	X
Otros, informes, actas y demás documentos, si lo establece el contrato en la cláusula forma de pago del contrato o convenio. 1. Informes de Supervisión 2. Informes de Avance del Contratista 3. _____	X Digitar documentos de acuerdo a lo establecido en forma de pago.

OBSERVACIONES:

1. Los datos consignados son tomados de los documentos originales que reposan en el expediente contractual suscrito por los intervinientes y bajo su absoluta responsabilidad.
2. Los datos registrados varían de acuerdo con la naturaleza del contrato.
3. Los soportes precontractuales reposan en el expediente, incluidos los estudios previos.
4. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos entregados al contratista a título de anticipo pertenecerán al Tesoro.
5. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA

CERTIFICA

Que el **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOGÜÍ** Nit 820.003.435-9, es titular de la Cuenta Corriente Número 176769998152, denominada **"PIC DEPARTAMENTAL"**, la cual se encuentra en estado activa. A la fecha no ha generado rendimientos financieros.

Se expide en Moniquirá, a solicitud del interesado, el día 26 de Junio del año dos mil veinticuatro (2024)

DAVIVIENDA
1767 - OFICINA MONIQUIRA

JORGE EDILBERTO CELY RICO
Director Administrativo Oficina 1767 Moniquirá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

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

Yo, **LINA ROSA ABRIL SANCHEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N°. 40.046.185 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, desde el 01 de marzo de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales 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 veintiséis (26) de junio de dos mil veinticuatro (2024).

LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
Representante Legal
ESE Centro de Salud de Togüí
C.C. 40.046.185 de Tunja

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024

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 de Venta Nacional **No. FE252648** Fecha emisión 03/07/2024

Autoriza DIAN 18764058159997, Fecha: 2023-10-18 hasta 2024-10-18, Prefijo FE, Factura 251501 al 254500.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 01/10/2024

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	POR CONCEPTO DE LIQUIDACION DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1987-2023 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT.891800498-1 Y LA ESE CENTRO DE SALUD DE TOGUI NIT 820003435-9 CUYO OBJETO ES AUNAR ESFUERZOS PARA REALIZAR LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL.	13,978,940.00	1.00	13,978,940.00

Valor total factura electrónica #FE252648 13,978,940.00

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **13,978,940.00**

Valor EN LETRAS: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA 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: 176769998152 Entidad Bancaria: BANCO DAVIVIENDA -

CUFE: a1dec535e8832d24eef83801098f7f937c53a5bc864cb04592c6e5ce20c0d43616088c2a39efe187690abd4e6c03534e

Documento generado el 03/07/2024 12:08 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

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

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024

INFORME No:	3			FECHA:	**02**	de	**JULIO**	de	**2024**		
PERIODO:	DEL	**1**	de	**OCTUBRE**	de	**2023**	AL	**29**	de	**DICIEMBRE**	de	**2023**
No. CONTRATO O CONVENIO	**1987**	DE	**2023**	FECHA:	**19**	de	**ABRIL**	de	**2023**		
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 25.202.400,00**				RPC	**3778**					
REGISTRO BP y P No.	**2022 00415 0322**										
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI**										

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111

INFORMACION DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

Teléfono: 7436969 – 7434653 Dirección: **Avenida Colón N° 22 A - 16**

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	20	04	2023
PLAZO INICIAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023		
PLAZO CON ADICIONES	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	29	12	2023
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	29	12	2023

INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	20	04	2023	
ACTA DE TERMINACION	29	12	2023	
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCION	02	07	2024	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

CONTRATO O CONVENIO

NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)	VALOR	PLAZO

VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL			

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. Ejecutar en el Municipio de TOGUI, las actividades del Plan de salud intervenciones colectivas Departamental, dando cumplimiento a los lineamientos técnicos anexos del contrato, y cumplir con los lineamientos definidos para el desarrollo de las acciones del plan de intervenciones colectivas en el marco de la normatividad vigente.	El Contratista participa en la socializacion de lineamientos de ejecución del contrato por cada una de las actividades.	X			Anexos técnicos para ejecucion de actividades.
2.Elaborar Cronograma de Trabajo con la programación mensual de las actividades contratadas, en articulación con las EAPBs y el Plan de salud pública de intervenciones colectivas del Municipio, el cual debe incluir la totalidad de las actividades contratadas, según formato establecido por la secretaria de Salud de Boyacá y aprobado por el supervisor del contrato. Las actividades se desarrollarán según la programación aprobada por el supervisor	Se presenta y aprueba cronograma de trabajo con la programacion mensual de las actividades contratadas.	X			Cronograma de Ejecución de Actividades
3. Participar de las reuniones de asistencia técnica, seguimiento y monitoreo realizado por la Gobernación de Boyacá a través de la Secretaria de Salud de Boyacá.	El Contratista participa en las reuniones convocadas por la secretaria de salud para ejecución del PIC.	X			
4.Presentar informe de avance de actividades, ejecución técnica y financiera, en los formatos establecido por la Secretaría de Salud de Boyacá, al supervisor del contrato a más tardar los 10 primeros días siguientes a la fecha de corte así: Primer informe desde la fecha del acta de inicio a 30 de Junio de 2023, fecha límite de presentación 10 de julio 2023; Segundo informe desde el 01 de julio al 30 de septiembre de 2023, fecha límite de presentación 10 octubre de 2023; Tercer informe, desde el 01 de octubre a la fecha de terminación del contrato, fecha límite de presentación 29 de diciembre de 2023.	El contratista presenta informe de avance de actividades según formato establecido.	X			Informe de Avance de Actividades del Contratista

5. Durante los 10 primeros días siguientes a la ejecución de la actividad se deben cargar en la plataforma los soportes estipulados en los formatos de la Secretaría de Salud de Boyacá y definidos en los anexos técnicos de cada actividad. Para la ejecución de las actividades, dar cumplimiento a los lineamientos generales contenidos en la Nota técnica, que hace parte integral del presente contrato, dando cumplimiento al Decreto 441 de 2022, capitulo 4, sesión 2. De los acuerdos de voluntades, artículo 2.5.3.4.2.4.	El contratista carga en el drive destinado para la entrega de los soportes de ejecucion de cada una de las actividades contratadas de acuerdo a lo establecido en el Anexo Tecnico de cada actividad.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/pic_salud_boyaca_gov_co/ErrDHEfv-XhDilgFPGrabl0Bou-2FkfTX7lE3qtTes-VSg?e=gvcRhB
6. Dar cumplimiento al Anexo técnico de la Resolución 518 de 2015 y la Resolución 3280 de 2018 para las actividades previstas en el Plan de Intervenciones colectivas departamental 2023 y que se desarrollara en el municipio en cumplimiento del objeto del presente contrato, así:					
Realizar jornadas de salud trimestral dirigidas a población rural dispersa. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	EL DÍA 24 DE NOVIEMBRE DE 2023 SE LLEVÓ A CABO EL DESARROLLO DE LA TERCERA JORNADA DE SALUD TRIMESTRAL DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DEL CRONOGRAMA, DANDO CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO SEGÚN EL ANEXO 5. ESTO REPRESENTA EL 100%	X			Cronograma de actividades, Acta de planeación de actividad con DLS, EAPB y líderes comunitarios, incluye plan de acción, Directorio de las personas beneficiadas con firmas (mínimo 60 personas), Copia de RIPS de las actividades desarrolladas en la jornada – Ruta de Promoción y Mantenimiento, Registro fotográfico de la actividad.
Divulgar información en salud a través de perifoneo, 30 horas al mes, en área rural y urbana del municipio, de acuerdo con los temas planteados en el lineamiento anexo.	A LA FECHA SE HA REALIZADO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD A TRAVES DE PERIFONEO DE LA SIGUIENTE MANERA DE ABRIL A JUNIO 90 HORAS DISTRIBUIDAS ASI ABRIL 30 HORAS, MAYO 30 HORAS, JUNIO 30 HORAS; Y EN LO REFERENTE A LOS MESES JULIO A SEPTIEMBRE SE HAN EJECUTADO 70 HORAS PERIFONEO (30 EN JULIO, 30 EN AGOSTO Y 10 EN SEPTIEMBRE), ACTIVIDAD DESARROLLADA EN VEHÍCULO DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ, LO QUE REPRESENTA EL 100 % DEL	X			Informe de ejecución de la actividad que incluya las cuñas emitidas, fecha del recorrido, duración del recorrido, fotografías representativas por lugar, descripción del recorrido.
Realizar tamizaje para Chagas en el plan de certificación internacional dirigido a población priorizada. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	A LA FECHA SE HA REALIZADO TAMIZAJE PARA CHAGAS A 450 MADRES GESTANTES, MUJERES EN EDAD FERTIL Y NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS, LO QUE REPRESENTA EL 100% DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DANDO CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO ANEXO 13.	X			Formatos de entrega de muestras, base de datos LDSP muestras recepcionadas
Realizar ciclo de educación en salud en 10 hogares de mujeres trabajadoras informales campesinas (rurales) participes de las actividades del cuidado familiar integral Salud para fomentar entornos saludables en el hogar utilizando caja de herramientas: Mujer trabajadora campesina (8 sesiones de 1 hora por familia) priorizando familias con riesgos identificados a través de plan integral de cuidado familiar. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	A LA FECHA SE HA REALIZADO CICLO DE EDUCACIÓN EN SALUD EN 10 HOGARES DE MUJERES TRABAJADORAS INFORMALES CAMPESIONAS RURALES A TRAVES DE 8 SESIONES POR FAMILIAS PRIORIZADAS. LO QUE REPRESENTA EL 100% DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ANEXO 16.		X		• Listados de Asistencia • Informes con registro fotográfico • Planeación sesión educativa • Ayudas didácticas por sesión • Instrumento de Caracterización. • Anexo Horizontal y consolidación de la Información

Desarrollar la estrategia MEMO, mediante 3 visitas domiciliarias a 15 familias con niños o niñas menores de cinco años, que presenten malnutrición o riesgo de malnutrición. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	A LA FECHA SE HA EJECUTADO LA ESTRATEGIA MEMO A 15 FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE MALNUTRICIÓN, DE ACUERDO AL LINEAMIENTO ANEXO. LO QUE REPRESENTA EL 91% DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ANEXO 17.		X		Portada, Introducción, descripción, objetivo análisis situacional de salud y nutrición, Descripción de la dinámica realizada para la identificación y priorización de niños y niñas beneficiarios de la estrategia MEMO, Se entrega 1 Cuadernillo por familia, Soportes que evidencien la gestión realizada, Actas de reunión con los comités técnicos de seguridad alimentaria y nutricional, y consejo de política social, Informe de los indicadores de seguimiento a alteraciones nutricionales, Diligenciamiento del Anexo 3. Consolidado memo 2023 prestablecido en Excel., Conclusiones y recomendaciones.

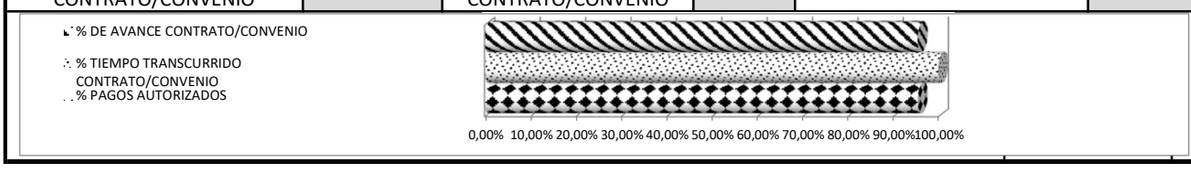
INFORME TÉCNICO

Actividades del PIC departamental que se ejecutan de acuerdo a lo definido en el Artículo 46 de la ley 715 de 2001, Resolución 518 de 2015, Resolución 507 del 25 de marzo de 2020, Decreto Legislativo No. 538 de 12 de abril de 2020.

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**95,5%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**95,47%**



DESCRIPCION DETALLADA DE LA EJECUCION, AVANCE Y ESTADO DEL CONTRATO Y/O CONVENIO CON ESPECIFICACION EN CUANTO A LAS PARTICULARIDADES Y OBSERVACIONES PRESENTADAS EN EL DESARROLLO CONTRACTUAL

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Se realiza acta de inicio, se concerta y aprueba cronograma de actividades, se entregan lineamientos anexos técnicos para la ejecucion de cada una de las actividades contratadas, Se avanza con la ejecución de las actividades de acuerdo a lineamiento tecnico, Una vez verificado el cumplimiento de la actividad y certificada por el referente de cada programa de la secretaria de salud de Boyacá se pesenta la ejecución del contrato.

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	176769998152	FIDUCIA No.:		BANCO:	BANCO DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ANTICIPO	40%	06	07	2023	$ 10.080.960,00
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCION	55,47%	02	07	2024	$ 13.978.940,00
TOTAL					**$ 24.059.900,00**

INFORME JURÍDICO

El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: el Artículo 46 de la ley 715 de 2001, Resolución 518 de 2015, Resolución 507 del 25 de marzo de 2020, Decreto Legislativo No. 538 de 12 de abril de 2020. y los lineamientos para la ejecucín del PIC del Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria de Salud de Boyaca.

OBSERVACIONES: Los soportes y/o evidencias originales quedan bajo custodia del Contratista.

MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

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: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE DEL: 01 de Octubre de 2023 al 29 de Diciembre de 2023

CONTRATO No. 1987-2023

REGISTRO BPyP No.: 2022-00415-0322

FECHA INICIACIÓN: 20/04/2023

FECHA TERMINACIÓN: _ 29 DE DICIEMBRE DE 2023

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024

CONTRATISTA: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ**

INTERVENTOR: **MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	REALIZAR JORNADAS DE SALUD TRIMESTRAL DIRIGIDAS A POBLACIÓN RURAL DISPERSA. DANDO CUMPLIMIENTO A LINEAMIENTO ANEXO	EL DÍA 24 DE NOVIEMBRE DE 2023 SE LLEVÓ A CABO EL DESARROLLO DE LA TERCERA JORNADA DE SALUD TRIMESTRAL DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DEL CRONOGRAMA, DANDO CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO SEGÚN EL ANEXO 5. ESTO REPRESENTA EL 100%	X			DE LA ACTIVIDAD EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO HAN EJECUTADO Y CARGADO LOS SOPORTES DE LAS TRES JORNADA DE SALUD PROGRAMADAS EN LA VEREDA FUNCIAL, VERDA GARIBAY Y SUAREZYULLOA TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL ANEXO 5 Y LAS ESPECIFICACIONES QUE LOS PROFESIONALES DE APOYO REFERENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ HAN BRINDADO AL MUNICIPIO. SE HAN DILIGENCIADO Y ADJUNTADO AL LINK CORRESPONDIENTE LOS SOPORTES SOLICITADOS: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, ACTA DE PLANEACIÓN DE ACTIVIDAD CON PLAN DE ACCIÓN, CONTRATOS DE LOS PROFESIONALES, DIRECTORIO DE LAS PERSONAS BENEFICIADAS CON FIRMA, COPIA DE RIPS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL PIC Y POR EL POS Y EL REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDAD QUE CUENTA CON PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA POBLACIÓN.
2	DIVULGAR INFORMACIÓN EN SALUD A TRAVÉS DE PERIFONEO, 30 HORAS AL MES, EN ÁREA RURAL Y URBANA DEL MUNICIPIO, DE ACUERDO CON LOS TEMAS PLANTEADOS EN EL LINEAMIENTO ANEXO	A LA FECHA SE HA REALIZADO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN SALUD A TRAVES DE PERIFONEO DE LA SIGUIENTE MANERA DE ABRIL A JUNIO **90** HORAS DISTRIBUIDAS ASI ABRIL 30 HORAS, MAYO 30 HORAS, JUNIO 30 HORAS; Y EN LO REFERENTE A LOS MESES JULIO A SEPTIEMBRE SE HAN EJECUTADO **70** HORAS PERIFONEO (30 EN JULIO, 30 EN AGOSTO Y 10 EN SEPTIEMBRE), ACTIVIDAD DESARROLLADA EN VEHÍCULO DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ, LO QUE REPRESENTA EL 100 % DEL PORCENTAJE DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD MEDIANTE PERIFONEO EN ÁREA RURAL Y URBANA DEL MUNICIPIO DE ACUERDO A LOS TEMAS PLANTEADOS POR MES EN EL ANEXO 8.	X			LA ACTIVIDAD SE HA EJECUTADO EN SU TOTALIDAD TENIENDO EN CUENTA LAS CUÑAS E INFORMACIÓN DE SALUD PROVENIENTE DEL DEPARTAMENTO, DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATO Y REALIZANDO EL CARGUE DE LOS SOPORTES DE LA ACTIVIDAD AL LINK ESTABLECIDO, ASI COMO EL ENVIO DEL CORREO ELECTRONICO INFORMANDO EL CARGUE DE INFORMACIÓN AL REFERENTE.

3	REALIZAR TAMIZAJE PARA CHAGAS EN EL PLAN DE CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL DIRIGIDO A POBLACIÓN PRIORIZADA. DANDO CUMPLIMIENTO A LINEAMIENTO ANEXO	A LA FECHA SE HA REALIZADO TAMIZAJE PARA CHAGAS A 450 MADRES GESTANTES, MUJERES EN EDAD FERTIL Y NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS, LO QUE REPRESENTA EL 100% DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DANDO CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO ANEXO 13.	X			LA ACTIVIDAD SE ENCUENTRA EN EJECUCIÓN COMPLETA, TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS Y ASISTENCIA TECNICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ, CUMPLIENDO EL CRONOGRAMA PROPUESTO POR LAS REFERENTES DEL LABORATORIO; SE HA INFORMADO Y REALIZADO LA SOLICITUD DE LOS LABORATORIOS AL SUPERVISOR Y A LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO; ASI MISMO SE HAN DILIGENCIADO LOS FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO 13.
4	REALIZAR CICLO DE EDUCACIÓN EN SALUD EN 10 HOGARES DE MUJERES TRABAJADORAS INFORMALES CAMPESINAS (RURALES) PARTICIPES DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO FAMILIAR INTEGRAL SALUD PARA FOMENTAR ENTORNOS SALUDABLES EN EL HOGAR UTILIZANDO CAJA DE HERRAMIENTAS: MUJER TRABAJADORA CAMPESINA (8 SESIONES DE 1 HORA POR FAMILIA) PRIORIZANDO FAMILIAS CON RIESGOS IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR. DANDO CUMPLIMIENTO A LINEAMIENTO ANEXO	A LA FECHA SE HA REALIZADO CICLO DE EDUCACIÓN EN SALUD EN 10 HOGARES DE MUJERES TRABAJADORAS INFORMALES CAMPESIONAS RURALES A TRAVES DE 8 SESIONES POR FAMILIAS PRIORIZADAS. LO QUE REPRESENTA EL 100% DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ANEXO 16.	X			LA ACTIVIDAD SE HA EJECUTADO EN SU TOTALIDAD TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS Y ASISTENCIAS TECNICAS DE LA DIMENSION AMBITO LABORAL PARA SU DESARROLLO; ASI MISMO SE HA INFORMADO AL REFERENTE VIA CORREO ELECTRONICO EL CARGUE DE LOS SOPORTES DE LA ACTIVIDAD.
5	DESARROLLAR LA ESTRATEGIA MEMO, MEDIANTE 3 VISITAS DOMICILIARIAS A 15 FAMILIAS CON NIÑOS O NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS, QUE PRESENTEN MALNUTRICIÓN O RIESGO DE MALNUTRICIÓN. DANDO CUMPLIMIENTO A LINEAMIENTO ANEXO.	A LA FECHA SE HA EJECUTADO LA ESTRATEGIA MEMO A 15 FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE MALNUTRICIÓN, DE ACUERDO AL LINEAMIENTO ANEXO. LO QUE REPRESENTA EL 91% DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ANEXO 17.	X			LA ACTIVIDAD SE HA EJECUTADO EN SU TOTALIDAD TENIENDO EN CUENTA EL LINEAMIENTO Y ASISTENCIAS TECNICA DEL ANEXO 17 PARA SU DESARROLLO; ASI MISMO SE HA INFORMADO A LA REFERENTE VIA CORREO ELECTRONICO EL CARGUE DE LOS SOPORTES DE LA ACTIVIDAD.

Firma:_____

Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:_____

Nombre: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ**

RL ESE BLANCA LILIANA LYNN RAMIREZ

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

LIQUIDACION CONTRATO PIC 1987-2023 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI

https://www.boyaca.gov.co/contratacion-directa-cd-gb-1987-2023/

MUNICIPIO:	TOGUI	CTO:	1987	DEL	19/04/2023	RP	3778
ENTIDAD:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI	NIT:	820003435-9	FECHA DE INICIO:	20/04/2023	FECHA TERMINACION:	29/12/2023
RL:	LINA ROSA ABRIL SANCHEZ	CC:	40046185	PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL	CORREO	esetogui@gmail.com, administrativa@ese-togui-boyaca.gov.co
SUPER:	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO	CC:	7169525	VALOR:	25.202.400,00	VEINTEICINCO MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE $ 25.202.400,00	
CUENTA:	176769998152	BANCO DAVIVIE	CORRIENTE	ADICION	-		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111		LINK SOPORTES		https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/pic_salud_boyaca_gov_co/ErrDHEfv-XhDiIgFPGrabl0Bou-2FkfTX7lE3qtTes-VSg?e=gvcRhB		

NRO	ACTIVIDAD	CANTIDAD CONTRATADA	VALOR TOTAL CONTRATADO	CANTIDAD EJECUTADA FINAL	VALOR A PAGAR LIQUIDACION	% EJECUCION	SOPORTE ACTIVIDAD
5	Realizar jornadas de salud trimestral dirigidas a población rural dispersa. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	3	3.000.000	3,0	3.000.000,00	100,00	Cronograma de actividades, Acta de planeación de actividad con DLS, EAPB y líderes comunitarios, incluye plan de acción, Directorio de las personas beneficiadas con firmas (mínimo 60 personas), Copia de RIPS de las actividades desarrolladas en la jornada – Ruta de Promoción y Mantenimiento, Registro fotográfico de la actividad.
8	Divulgar información en salud a través de perifoneo, 30 horas al mes, en área rural y urbana del municipio, de acuerdo con los temas planteados en el lineamiento anexo.	160	6.400.000	160,0	6.400.000,00	100,00	Informe de ejecución de la actividad que incluya las cuñas emitidas, fecha del recorrido, duración del recorrido, fotografías representativas por
13	Realizar tamizaje para Chagas en el plan de certificación internacional dirigido a población priorizada. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	450	4.802.400	450,0	4.802.400,00	100,00	Formatos de entrega de muestras, base de datos LDSP muestras recepcionadas

NRO	ACTIVIDAD	CANTIDAD CONTRATADA	VALOR TOTAL CONTRATADO	CANTIDAD EJECUTADA FINAL	VALOR A PAGAR LIQUIDACION	% EJECUCION	SOPORTE ACTIVIDAD
16	Realizar ciclo de educación en salud en 10 hogares de mujeres trabajadoras informales campesinas (rurales) participes de las actividades del cuidado familiar integral Salud para fomentar entornos saludables en el hogar utilizando caja de herramientas: Mujer trabajadora campesina (8 sesiones de 1 hora por familia) priorizando familias con riesgos identificados a través de plan integral de cuidado familiar. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	1	8.000.000	0,9	7.120.000,00	89,00	• Listados de Asistencia • Informes con registro fotográfico • Planeación sesión educativa • Ayudas didácticas por sesión • Instrumento de Caracterización. • Anexo Horizontal y consolidación de la Información
17	Desarrollar la estrategia MEMO, mediante 3 visitas domiciliarias a 15 familias con niños o niñas menores de cinco años, que presenten malnutrición o riesgo de malnutrición. Dando cumplimiento a lineamiento anexo.	1	3.000.000	0,9	2.737.500,00	91,25	Portada, Introducción, descripción, objetivo análisis situacional de salud y nutrición, Descripción de la dinámica realizada para la identificación y priorización de niños y niñas beneficiarios de la estrategia MEMO, Se entrega 1 Cuadernillo por familia, Soportes que evidencien la gestión realizada, Actas de reunión con los comités técnicos de seguridad alimentaria y nutricional, y consejo de política social, Informe de los indicadores de seguimiento a alteraciones nutricionales, Diligenciamiento del Anexo 3. Consolidado memo 2023 prestablecido en Excel., Conclusiones y recomendaciones.
			25.202.400,00		**24.059.900,00**	**95,47**	**-**

VALOR CONTRATADO	25.202.400,00
VALOR EJECUTADO	24.059.900,00
VALOR PAGADO	10.080.960,00
SALDO A FAVOR	13.978.940,00
SALDO A REINTREGRAR	-
SALDO SIN EJECUTAR	1.142.500,00

MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO
SUPERVISOR

LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
GERENTE

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141004060561

(415)7707212489984(8020) 000014100406056 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

42. Correo electrónico administrativa@ese-togui-boyaca.gov.co

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

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 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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2024 - 04 - 04 / 09 : 18: 58

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 ROJAS MEDINA GLORIA EMILSEN

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141004060561

(415)7707212489984(8020) **000014100406056 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 insitutos 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 6 2 9
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	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

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141004060561

(415)7707212489984(8020) **000014100406056 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 4 0 4 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 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

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141004060561

(415)7707212489984(8020) **000014100406056 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	8	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 4 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-061
ACTA DE TERMINACIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	**29/12/23**	
CONTRATO	No. **1987**	FECHA: **19/04/2023**
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111	
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI	NIT:820003435-9
	LINA ROSA ABRIL SANCHEZ	CC: 40046185
SUPERVISOR	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO	
VALOR	25.202.400,00	
VALOR CON ADICIONES	25.202.400,00	
PLAZO	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023	
PLAZO CON ADICIONES	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023	
FECHA INICIO	20/04/2023	
ACTA DE SUSPENSIÓN	NA	
ACTA DE REINICIACIÓN	NA	
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/23	
REGISTRO BPyP No.:	2022 00415 0322	

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO Supervisor y el señor(a) LINA ROSA ABRIL SANCHEZ como representante legal o contratista.

Se verifica que el Contrato No. 1987 de 19/04/2023, 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 Nro. 1987 de 19/04/2023 cuyo objeto fue: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI

CONTRATISTA
LINA ROSA ABRIL SANCHEZ

* Si se requiere se pueden adicionar más firmas.

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024