| | | |
|---|---|---|
| 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 | 26 DE DICIEMBRE DE 2023 | | |
| CONTRATO_____CONVENIO___X_ | No. | 2398 DE FECHA: | 25/05/2023 |
| OBJETO | FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL PARA LA VIGENCIA 2023 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA. | | |
| CONTRATISTA | EMPRESA OCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MACANAL | | NIT: 820000857-1 |
| | RL ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ | | C.C: 40038931 |
| INTERVENTOR___SUPERVISOR _X_ | HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO | | C.C:74320260 |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL : | $ 132 871 225,00 | |
| | APORTE DEPARTAMENTO: | $ 0,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____1_ | VALOR | $ 12 833 809,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | $ 145 705 034,00 | | |
| PLAZO INICIAL | SIETE (7) MESES | | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: | De Fecha: | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: | De Fecha: | |
| PLAZO TOTAL | SIETE (7) MESES | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 26/05/2023 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____ | De Fecha: | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° _____ | De Fecha: | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 25/12/2023 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | NA | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 16/09/2023 AL 25/12/2023 | | |
| RBPP N° | 2022004150271 | | |

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 4720 AÑO: 2023, RPC No: 11501 AÑO 2023,

En las oficinas de la Secretaria de Salud e Boyaca se reunieron los señores, Henry Mauricio Corredor Camargo Interventor / Supervisor, y la señora ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ 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° N/A del mes (es) N/A de conformidad con la normatividad vigente.

**CONTROL ANTICIPOS**

| | |
|---|---|
| Valor Anticipo | $ 46 504 929,00 |
| Sumatoria Amotizaciones | $ 46 504 929,00 |
| 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 | 145 705 034,00 | |
| Amortización Anticipo | | |
| Valor a pagar de la presente acta | | 32 355 600,00 |
| Valor Total actas pagadas | | 106 296 980,00 |
| Saldo sin ejecutar ( Liberar por el Departamento) | | 7 052 454,00 |
| Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique) | | |
| **Sumas iguales** | 145 705 034,00 | 145 705 034,00 |

**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: 49200000594 | BANCO: BANCOLOMBIA | 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: **HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:_____
Nombre: ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ
CONTRATISTA

SECRETARIA DE CONTRATACION
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 03/07/2024

* 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.

| GOBERNACIÓN DE Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 4 |
|---|---|---|
| | | CÓDIGO: A-GF-GI-F-004 |
| CONSTANCIA DE RADICACIÓN ADICIONAL ANTICIPO CONTRATOS Y CONVENIOS | | FECHA: 24/Jun/2022 |

Contrato No. 2398-2023

Contratista: HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN VALLE DE TENZA E.S.E. /GLORIA YANETH MANRIQUE ABRIL

Teléfono y Correo Electrónico: 3167428521 - 3188134215; gerenciavalledetenza@ planeacionpsffvalledetenza@gmail.com <planeacio

Periodo Informe Supervisión: 16/09/2023 AL 25/12/2023

| DOCUMENTO | DESTINO |
|---|---|
| | CENTRAL DE CUENTAS |
| Constancia de Radicación Adicional anticipos Contratos y convenios | x |
| Registro Presupuestal. RPC | X |
| Registro Presupuestal. RPC, Sistema General de Regalías SPGRSSF | 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 suscritos en modalidad de por Licitación Pública: Constituir Fiducia o Patrimonio Autónomo Irrevocable. Según normatividad vigente y anexar Copia Contrato de Fiducia o Patrimonio Autónomo, cuando aplique. Nota: 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. | X |
| Acuerdo OCAD - Sistema Genera de Regalías – Asignaciones Directas. cuando aplique Nota: Aplica solo para las cuentas financiadas por Regalías- Asignaciones directascon situación de fondos | X |
| Copia Contrato o Convenio. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere). | X |
| Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal | X |
| Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuandoaplique Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos enque no se identifique el supervisor en la minuta del contrato o convenio | X |
| Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento Consorcio o UniónTemporal del Interventor. | X |
| Acta de Iniciación Contrato. 1er pago o pago único. | X |
| Planillas aportes en seguridad social vigente o ultima pagada a la fecha desuscripción de la minuta del adicional en valor a pagar | |
| Para Personas Naturales Certificación por parte del contratista de aportes en seguridad social y para efectos de Retención en la fuente de acuerdo al Art. 18 de la Ley 1819 de 2016 que adiciona el Art. 388 del Estatuto Tributario; en lo que compete a Número de Empleados informando el régimen al que pertenece | 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 mesesde vigencia y actualizado según la Normatividad vigente. | X |
| Resolución o decreto municipal de adición presupuestal de los recursos aportadospor la Gobernación de Boyacá. Nota: Aplica solamente para convenios suscritos con municipios. | X |
| Otros, informes, actas y demás documentos, de acuerdo a lo establecido en el contrato, el Procedimiento A-AD-GC-P-010 Supervisión y Seguimiento a la ejecución de contratos y A-AD-GC-M-002 Manual de Interventoría y/o supervisión. 1. Adición 2. 3. | X Digitar documentos de acuerdo a lo establecidoen forma de pago. |

08/07/2024
SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Garagoa, 17 de junio de 2024

**Señor(a)**

A quien pueda interesar

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ESE CENTRO SALUD MACANAL** identificado (a) con NIT: **820000857**, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco entre otros el siguiente producto:

| Nombre Producto | Número Producto | Fecha de apertura (aaaa/mm/dd) | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta corriente oficial | 49200000594 | 2021/06/04 | ACTIVA |

Igualmente se certifica que dicha cuenta NO genera rendimientos financieros desde su apertura hasta la fecha.

Bancolombia

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 – Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | | **CONVENIO:** | x |
| **INTERVENTORÍA:** | | **SUPERVISIÓN** | x |
| **PARCIAL** | | **FINAL** | x |

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 03/07/2024

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORME No: | 2 | FECHA: | **26** | de | **DICIEMBRE** | de | **2023** | | | |
| PERIODO: DEL | **16** | de | **SEPTIEMBRE** | de | **2023** | AL | **25** | de | **DICIEMBRE** | de | **2023** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO O CONVENIO | **2398** | DE | **2023** | FECHA: | **26** | de | **MAYO** | de | **2023** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO | **$ 145 705 034,00** | RPC | **4720, 11501** |
| REGISTRO BP y P No. | 2022 00415 0271-A1 | | |
| CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO | **EMPRESA OCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MACANAL / RL YENNY LILIANA AVILA OLMOS** | | |

**OBJETO: FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL PARA LA VIGENCIA 2023 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.**

**INFORMACION DEL CONTRATO O CONVENIO**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR | HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO |

Teléfono: 7420111 Dirección: **Avenida Colon N° 22a-16**

| **FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN** | CONTRATO/CONVENIO dd | m | aaaa |
|---|---|---|---|
| FECHA DE INICIACIÓN | 26 | 05 | 2023 |
| PLAZO INICIAL | SIETE (7) MESES | | |
| PLAZO CON ADICIONES | SIETE (7) MESES | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL | 25 | 12 | 2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones) | 25 | 12 | 2023 |

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

## INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO

| DESCRIPCIÓN | FECHA (dd/mm/aaaa) | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| ACTA DE INICIO | 26 | 05 | 2023 | |
| ACTA PARCIAL 1 | 15 | 09 | 2023 | |
| ACTA DE RECIBO A SATISFACCION | 26 | 12 | 2023 | |

### ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

CONTRATO O CONVENIO

| NUMERO DE ADICIONAL | FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa) | | | VALOR | PLAZO |
|---|---|---|---|---|---|
| ADICION EN VALOR No 01 | 22 | 12 | 2023 | $ 12 833 809,00 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL | | | | **$ 12 833 809,00** | |

### MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

| No. | CLAUSULA MODIFICADA | FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa) | | | DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| n/a | n/a | | | | n/a |
| | | | | | |
| | | | | | |

### 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. Destinar los recursos asignados a el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL ubicada en el municipio MACANAL únicamente y exclusivamente a la financiación de los gastos de la operación de la prestación de servicios de salud de la vigencia 2023. El Representante Legal de la ESE será el responsable de la destinación y ejecución de los recursos ya mencionados de acuerdo a la destinación específica y el objeto del convenio sopena de asumir las responsabilidades con consecuencias en el orden disciplinario y/o penal por el uso inadecuado de los recursos públicos del subsidio a la oferta que le fueron asignados. | La ESE entrega la adición presupuestal del valor del convenio de subsidio a la oferta lineamientos de la Circular 107 de 2023 emitida por LA Secretaria de Salud y el Director de Prestación de Servicios. Al igual que entrega FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M- GS-PSF-037 VERSION: 0 Firmado por el Representante Legal de la ESE y contador/revisor fiscal de la institución. | **X** | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2, Cumplir las metas establecidas de gestión de calidad, gestión de producción y gestión financiera establecidas por la Secretaría de Salud en cumplimiento a la Resolución 857 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes. 2.1 Metas de Gestión de Calidad. El/La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL debe tener: a) un tiempo promedio menor o igual de 3 días para la asignación de cita de medicina General. 2.2 Metas de Gestión de Producción: El/La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL se debe comprometer al funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS –Registro Especial de Prestadores de Salud. 5. 2.3 Metas para la Gestión Financiera: 6. a) Para la vigencia 2023 el (la) EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO | La ESA diligencia el formato de Seguimiento de metas de subsidio a la oferta para su verificación trimestral de cumplimiento de metas. | X | | | Formato: M-GS-PS-F-036 "SEGUIMIENTO DE METAS CONVENIO SUBSIDIO A LA OFERTA" firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DE SALUD MACANAL se compromete a un recaudo corriente del 94% por concepto de venta de servicios de salud de la vigencia 2023.<br>7. b) Para la vigencia 2023 el (la) EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL se compromete a una gestión de cartera de venta de servicios de salud por 31% de acuerdo a vigencias anteriores: | | | | | |
| 3. Manejar una cuenta bancaria específica para los recursos de SGP-Subsidio a la oferta por tratarse de recursos de destinación específica. Los rendimientos financieros generados en esta cuenta durante la vigencia del presente convenio deberán ser reintegrados al término de la liquidación del presente convenio al Departamento de Boyacá a la cuenta bancaria que el supervisor indique. | La ESE ha manejado una cuenta bancaria específica para el manejo de recursos de subsidio a la oferta | **X** | | | CERTIFICACION BANCARIA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. Presentar de manera correcta y oportuna los formatos de FORMATO SEGUIMIENTO DE METAS DE CONVENIOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA CÓDIGO: M-GS-PSF-036 y FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS-PS-F037 al Supervisor del convenio y demás documentación requerida para los respectivos pagos del presente convenio. En caso de que la información no se entregue en los plazos establecidos y de la manera solicitada al supervisor, éste no se verá obligado a tramitar los pagos estipulados en el convenio. | La ESE ha presentado de manera correcta y oportuna los informes al Supervisor del convenio sobre el seguimiento de metas y el seguimiento de recursos del convenio en los formatos establecidos por la Dirección de Prestación de Servicios y previamente socializados a la ESE para los respectivos pagos del presente convenio. | **X** | | | Formato: M-GS-PS-F-037 "SEGUIMIENTO DE METAS CONVENIO SUBSIDIO A LA OFERTA" firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE con corte a 31 de diciembre de 2023 |
| 5. En el evento de que el/la "ESE" incumpla con alguna de las metas y/o indicadores pactados en el presente convenio, la ESE deberá justificar de manera expedita, en forma escrita y de manera detallada al supervisor las razones del incumplimiento de la meta y/o indicador. Si el supervisor evidencia que el incumplimiento es por caso fortuito o por causas externas originadas por terceros, se avalará su incumplimiento mediante la evaluación del formato de seguimiento de metas y se procederá a su respectivo pago. | Ver formato M-GS-PS-F-036 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE | **X** | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. En el caso de que el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL incumpla con alguna de las metas y/o indicadores pactados en el presente convenio y la ESE no tenga una justificación válida para el incumplimiento, la ESE deberá suscribir un plan de mejora con las especificaciones solicitadas a corte 31 de diciembre de 2023 ante el supervisor para poder tramitar su respectivo pago. Para la liquidación del convenio, la ESE deberá demostrar ejecución del plan de mejora de acuerdo a los compromisos pactados. | Ver formato M-GS-PS-F-036 de seguimiento de metas firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE | **X** | | | |
| 7. En el caso de que el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL no ejecute el 100% del valor del convenio asignado a la ESE, la ESE deberá reintegrar el saldo no ejecutado al Departamento de Boyacá a la cuenta bancaria denominada SGP-Prestación de Servicios del Departamento de Boyacá y que el supervisor indique al término de la liquidación del presenteconvenio. | Se realizará la evaluación de esta obligación una vez se realice la liquidación del convenio. | **X** | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. Para el trámite de cada pago el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL estará sujeta a la evaluación y revisión de las metas e indicadores de gestión financiera, gestión de producción, gestión de calidad del presente convenio de acuerdo a la plataforma SIHO según cronograma del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3,Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 y/o los Estados Financieros certificados por el representante legal y el contador de la institución según la normatividad contable vigente. Para la liquidación del convenio, la ESE estará sujeta a la evaluación y revisión de las metas e indicadores de gestión financiera, gestión de producción, gestión de calidad del presente convenio, una vez sea validada la información con corte a 31 de diciembre de 2023. | Ver formato M-GS-PS-F-036 de seguimiento de metas firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE | **X** | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. En el evento de que al cierre de la vigencia fiscal el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL no cumpla con alguno de los indicadores o de las metas establecidas ocasionadas por caso fortuito o por causas externas originadas por terceros, no será causal para no efectuar la liquidación del convenio, por esta razón la ESE deberá presentar la justificación y explicación correspondiente ante el Supervisor para su respectiva evaluación. | Se realizará la evaluación al momento de realizar la liquidación del convenio en los términos de ley. | **X** | | | |
| 0. En caso de que el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL incurra en una destinación inadecuada de los recursos del subsidio a la oferta, será un motivo para del presente convenio. | De acuerdo a la Adición Presupuestal soportada por la ESE no presenta ninguna anomalía dentro de las proyecciones presupuestales de acuerdo a los lineamientos de la destinación específica para el subsidio a la oferta. | **X** | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Cumplir con las recomendaciones del supervisor del convenio e informar por medio expedito y oportunamente por escrito cualquier anormalidad surgida durante la ejecución del mismo. | La ESE ha cumplido con las con las recomendaciones del supervisor del convenio e informar por medio expedito y oportunamente por escrito cualquier anormalidad surgida durante la ejecución del mismo. | **X** | | | |
| 12. Presentar los informes sobre ejecución técnica y financiera con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera. | La ESE ha presentado los informes sobre ejecución técnica y financiera con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera. | **X** | | | |

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

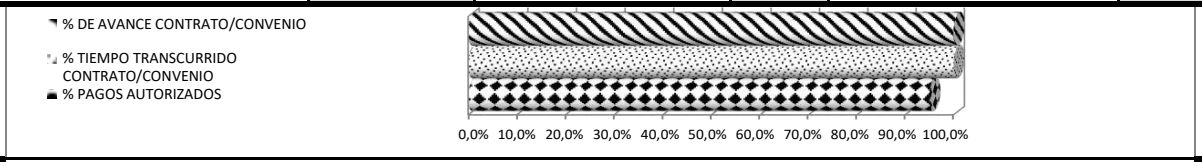
## INFORME TÉCNICO

*El seguimiento de los convenios de subsidio a la oferta se realiza bajo las competencias de la Ley 1955 de 2019, Ley 715 de 2001, Decreto 268 de 2020 y Resolución 857 de 2020, con respecto al seguimiento de los cumplimiento de las metas pactas en los convenios, respecto a gestión de producción, gestión de calidad y gestión financiera.*

## AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| % DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO | **100,0%** | % TIEMPO TRANSCURRIDO | **100,0%** | % PAGOS AUTORIZADOS | **95,0%** |




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**

Convenio en proceso de ejecución y de acuerdo a la CLASULA CUARTA-FORMA DE DESEMBOLSO, se realizó un giro anticipado por valor de 35% con suscripción de acta de inicio, de acuerdo a cumplimiento de metas de gestión de producción, gestión de calidad y gestión financiera se realizará el SEGUNDO PAGO por valor de 45% del Convenio y el TERCER PAGO por valor del 20% del convenio. Se encuentra en tramite el pago correspondiente a los recursos adicionados, los cuales son girados con la presente acta de liquidacion y cumplimiento

## SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA No. | 49200000594 | FIDUCIA No.: | N/A | BANCO: | BANCOLOMBIA |
| ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA: | N/A | | | | |
| NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA: | SUBSIDIO A LA OFERTA | | | | |

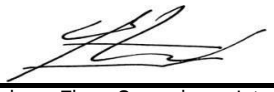
| DESCRIPCIÓN | PORCENTAJ | FECHA (dd/mm/aaaa) | | | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL No. 1 | 35 | 26 | 05 | 2023 | $ 46 504 929,00 |
| ACTA PARCIAL No. 2 | 45 | 15 | 09 | 2023 | $ 59 792 051,00 |
| ACTA DE RECIBO FINAL A ASATISFACCION | 20%+ ADICIONAL | 26 | 12 | 2023 | $ 39 408 054,00 |
| TOTAL | | | | | **$ 145 705 034,00** |

## INFORME JURÍDICO

**El convenio se encuentra debidamente en curso y legalizado de acuerdo a la normatividad vigente del subsidio a la oferta según**

**OBSERVACIONES:**

La ejecución de recursos de subsidio a la oferta está determinada de acuerdo al Acuerdo de Adición Presupuestal aprobada por la Junta Directiva de la ESE y el FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M- GS-PS-F-037 VERSION: 0 certificado por el Representante Legal y Contador de la ESE. Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad



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."**

# LA SUSCRITA GERENTE DE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL

CERTIFICA:

Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO DE SALUD DE MACANAL, identificada con Nit, 820000857-1; se encuentra al día en sus obligaciones respecto al Sistema de Seguridad Social en Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales DICIEMBRE de 2023 y salud a ENERO de 2024.

Se expide en Macanal, a los 26 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente,

**ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ**
**GERENTE**

SECRETARIA DE CONTRATACION
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 03/07/2024

| | | REVISO | APROBÓ |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 2023 | 2023 | 2023 |
| CARGO: | Profesional Universitario Administrativo | Gerente | Gerente |
| NOMBRE: | NANCY E. GORDILLO DAZA | ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ | ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ |

| | | |
|---|---|---|
| | **FORMATO** | **VERSION: 0** |
| | | **CÓDIGO: M-GS-PS-F-036** |
| **SEGUIMIENTO DE METAS DE CONVENIOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA** | | **FECHA: 06/Jul/2021** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL | **NIT ESE** | **820000857-1** | | |
| **MUNICIPIO** | MACANAL | **NIVEL DE COMPLEJIDAD** | 1 | | |
| **SUPERVISOR CONVENIO** | SONIA YANETH MANRIQUE HURTADO | **N° DE CONVENIO** | N° 2398 de 2023 | | |
| **VALOR DE CONVENIO** | $ 145 705 034,00 | **PERIODO INFORMACION A EVALUAR** | CUARTO TRIMESTRE (Octubre-Diciembre) | **AÑO** | 2023 |

| **1. METAS DE GESTION CALIDAD** | **META** | **SITUACION ACTUAL** | ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
|---|---|---|---|---|
| **Para instituciones con primer nivel de complejidad** | | | | |
| 1.1 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **3** días para la asignación de cita de medicina General. | ≤ 3 días | 0 | | |
| **Para instituciones con medio nivel y alto nivel de complejidad** | | | | |
| 1.2 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **5** días para la asignación de cita de medicina especializada de pediatría. | ≤ 5 días | NA | | |
| 1.3 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **15** días para la asignación de cita de medicina especializada de medicina interna. | ≤ 15 días | NA | | |
| 1.4 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **8** días para la asignación de cita en obstetricia. | ≤ 8 días | NA | | |

| **2. METAS DE GESTION DE PRODUCCION** | **SI** | **NO** | ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
|---|---|---|---|---|
| La Empresa Social del Estado presta los servicios de salud habilitados en los horarios reportados en el REPS | X | | X | |

| **3. METAS DE GESTION DE FINANCIERA** | | | ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|
| **3.1 RECAUDO CORRIENTE VENTAS DE SERVICIO DE SALUD** | | **META** | **CUMPLE** / **NO CUMPLE** |
| Para la vigencia 2023 la ESE se compromete a un recaudo corriente del 94**%** por concepto de venta de servicios de salud , de acuerdo a la siguiente cifras Reportadas en SIHO - *Tomar % de la meta pactada dentro del convenio* | | 94 | |
| **Ingresos Corrientes Recaudados ( Ventas de Servicio de Salud )** | **$ 851 013 596,00** | | |
| **Ingresos Corrientes Reconocidos ( Ventas de Servicio de Salud )** | **$ 904 767 607,00** | | X |
| **Recaudo Corriente Ventas de Servicio de Salud** — (Total Ingresos por Ventas de Servicios de Salud Recaudado)/ (Total Ingresos por Venta de Servicios de Salud Reconocido) *100 | 94% | | |

| **3.2 GESTION DE CARTERA VIGENCIAS ANTERIORES VENTAS DE SERVICIO DE SALUD** | | **META** | ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
|---|---|---|---|---|
| Para la vigencia 2023 la ESE se compromete a una gestión de cartera vigencias anteriores por concepto de venta de servicios de salud por 31**%** *Tomar % de la meta pactada dentro del convenio* | | 31 | | |
| **TOTAL RECAUDADO VIGENCIAS ANTERIORES A LA FECHA CORTE, POR CONCEPTO DE Ventas de Servicio de Salud.** | **$ 16 676 927,00** | | | |
| **TOTAL POR COBRAR CON FACTURACION RADICADA Ventas de Servicio de Salud VIGENCIA _** | **$ 157 990 095,00** | | | |
| **Gestión de Cartera Ventas de Servicio de Salud** — (Total Recaudado vigencias anteriores "VSS) / (Total por cobrar con facturación radicada VSS Vigencia___) * 100 | 11% | | | X |

El representante legal y el contador de la institución certifica que la información registrada concuerda con el reporte realizado por la ESE en la plataforma SIHO de acuerdo Decreto 2193 de 2004, De igual forma, la información plasmada en el presente formato serán revisados por parte del Supervisor designado para el convenio del subsidio a la oferta y el SUPERVISOR esta facultado para solicitar los soportes que permitan validar la información .

ESPERANZA PÁRRA RODRIGUEZ
**REPRESENTANTE LEGAL ESE**

WILMAN HERNAN RIVERA RAMOS
**CONTADOR**
N° Tarjeta Profesional : 230.919-T

*Revisado por:* Espacio exclusivo para el SUPERVISOR DEL CONVENIO

**OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR**

De acuerdo a la revisión efectuada por parte del Supervisor del Convenio se verifica que la información registrada concuerda con el reporte realizado por la ESE en la plataforma SIHO, Decreto 2193 de 2004.

| | |
|---|---|
| **NOMBRE SUPERVISOR** | SONIA YANETH MANRIQUE HURTADO |
| **CARGO** | DIRECTOR DE PRESTACION DE SERVICIOS |

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Boyacá | **FORMATO** | **VERSION: 0** |
| | | **CÓDIGO: M-GS-PS-F-037** |
| **SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA** | | **FECHA: 06/Jul/2021** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL** | **NIT ESE** | **820000857** |
| **MUNICIPIO** | MACANAL | **NIVEL DE COMPLEJIDAD** | UNO |
| **SUPERVISOR CONVENIO** | SONIA YANETH MANRIQUE HURTADO | **Nº DE CONVENIO** | _2398_ DE 2023 |
| **VALOR DE CONVENIO** | $ 145 705 034 | **PERIODO A EVALUAR** | |

| Consecutivo | CONCEPTO | VIGENCIA | VALOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **PAGO DE NOMINA MES DE JULIO FUNCIONARIOS ESE** | **2023** | **$ 29 391 235** | |
| 2 | **PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE JULIO- AGOSTO** | **2023** | **$ 12 284 000** | |
| 3 | **PAGO RETROATIVO DE ENERO A SEPTIEMBRE 2023** | **2023** | **$ 30 857 843** | |
| 4 | **PAGO NOMINA OSCTUBRE NANCY CASTRO Y JENNY ARIAS** | **2023** | **$ 4 024 285** | |
| 5 | **PAGO SEGURIDAD SOCIAL MES DE SEPTIEMBRE- OCTUBRE** | **2023** | $ 13 039 200 | |
| 6 | **PAGO PRIMA SERVICIOS PRESTADOS 2023 FUNCIONARIOS ESE** | **2023** | $ 8 943 591 | |
| 7 | PAGO NOMINA NOVIENBRE NANCY CASTRO | **2023** | $ 2 873 700 | |
| 8 | PAGO RETROACTIVO SEGURIDAD SOCIAL ENERO A SEPTIEMBRE 2023 | **2023** | $ 4 471 700 | |
| 9 | CUENTAS POR PAGAR 2023 | **2023** | $ 32 355 600 | |
| 10 | **SALDO SIN COMPROMETER** | **2023** | **$ 7 463 880** | |
| 11 | | **2023** | | |
| 12 | | **2023** | | |
| 13 | | **2023** | | |
| 13 | | **2023** | | $ - |
| **TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA** | | | $ 145 705 034 | $ 145 705 034 |

**OBSERVACIONES**

Por lo anterior como Representante Legal y Contador/Revisor fiscal de la ESE certifico que los recursos de subsidio a la oferta vigencia 2023 han sido destinados y ejecutados dando cumplimiento a la destinacion especifica de los recursos de subsidio a la oferta de acuerdo a la normatividad vigente.

Firma

| | |
|---|---|
| **Nombre Gerente:** | **ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ** |
| **Nombre ESE** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL |

Firma

| | |
|---|---|
| **Nombre Contador /Revisor Fiscal** | WILMAN HERNAN RIVERA RAMOS |
| **N° de Tarjeta Profesional** | T.P. 230919-T |

**LA GERENTE DE LA ESE CENTRO DE SALUD MACANAL NIT. 820.000.857-1**

**CERTIFICA**

**Que, la ESE CENTRO DE SALUD MACANAL NIT. 820.000.857-1. NO cumplió con la meta de gestión de cartera vigencias anteriores ventas de servicio de salud la cual era del 31% y solo cumplió con un 11%, debido a la liquidación de EPS con las cuales se tenían contratos de cápita y a la fecha solo se presentaron las acreencias respectivas a cada EPS sin recibir pago alguno.**

**Se está realizando gestión de cartera de acuerdo a los soportes adjuntados.**

**Dada en Macanal a los 26 días del mes de diciembre de 2023.**

**ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ**

**GERENTE**

# RESOLUCION No. 062

(31 de Diciembre de 2023)

## POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LAS CUENTAS POR PAGAR CORRESPONDIENTES A LA VIGENCIA FISCAL 2023

**La Gerencia de la Empresa Social del Estado Centro de Salud de Macanal, en uso de sus facultades legales y estatutarias y,**

## CONSIDERANDO:

1. Que mediante Acuerdo No. 10 de 20 de diciembre de 2022 se estableció el presupuesto de la ESE Centro de Salud de Macanal par la vigencia fiscal 2023.
2. Que al cierre de la vigencia fiscal 2023, existen cuentas por pagar por suministro, Servicios de Mantenimiento y servicios profesionales que la E.S.E. recibió a entera satisfacción en la vigencia 2023.
3. Que al estar cumplido el objeto contractual en la respectiva vigencia, es función del Gerente de la ESE constituir las respectivas cuentas por pagar al cierre de la vigencia fiscal.

Por lo expuesto anteriormente,

## RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO:** Constituir las cuentas por pagar de la ESE Centro de Salud de Macanal, por valor de **TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SIESCIENTOS PESOS ($32.355.600) M.CTE,** por obligaciones correspondiente a objetos contractuales ejecutados y pactados de acuerdo a la siguiente relación:

| TIPO | NUMERO | FECHA | NIT | TERCERO | CONCEPTO | CDP | REG | COD. PRTAL | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OB1 | 274 | 29-12-2023 | 74282222-7 | JAVIER MAURICIO CASTRO RUIZ | SUMINISTRO DE IMPRESOS Y PUBLICACIONES | 141 | 197 | 24120201003 | 4.750.000.oo |
| OB1 | 273 | 29-12-2023 | 74281454-4 | JORGE ELIECER GAITAN BARRERA | SERVICIOS DE MANTENIMEINTO PREVENTIVOY CORRECTIVO DE LOS VEHICULOS DEL PARQUE AUTOMOTR DE LA ESE MACANAL | 61 | 83 | 245020802 | 8.234.750.oo |
| OB1 | 268 | 29-12-2023 | 901005004-0 | DE ALTA BIOINGENIERIA SAS | SERVICIOS DE MANTENIMEINTO PREVENTIVOY CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDIOS DE LA ESE MACANAL | 113 | 168 | 545020801 | 4.870.850.oo |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OB1 | 276 | 29-12-2023 | 52433491 | ANA MILENA GACHA VEGA | SERVICIOS PROFESIONALES DE CONTROL INTERNO DE LA ESE MACANAL | 29 | 39 | 212020200803 | 3.000.000.oo |
| OB1 | 271 | 29-12-2023 | 40046374 | DERLY MARITZA FIRACATIVE MORALES | SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORIA EN LA EJECUCION DE ACTIVIDAES PIPG | 80 | 114 | 212020200803 | 10.000.000.oo |
| OB1 | 269 | 29-12-2023 | 1057464477-9 | JULIAN ANDRES RUIZ PACHECO | SERVICIO DE CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS Y LAVADO DE TANQUES DE LA ESE MACANAL | 64 | 98 | 245020501<br>245020901 | 450.000.oo<br>1.050.000.oo |
| **TOTAL** | | | | | | | | | **32.355.600.oo** |

**ARTICULO SEGUNDO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Macanal a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2023.

**ESPERANZA PARRA RODRIGUEZ**
Gerente

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141006738204

(415)7707212489984(8020) 000014100673820 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 2 0 0 0 0 0 8 5 7 | 1 | 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
ESE CENTRO SALUD MACANAL

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Macanal 4 2 5 |

41. Dirección principal
CL 4 7 24

42. Correo electrónico contactenos@esecentrodesaluddemacanal.gov.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 1 5 2 8 4 0 | 3 2 0 4 9 4 3 7 7 4 | |

## 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 | 1 9 9 7 0 3 2 1 | | | | | |

## 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 | 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
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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 05 / 19 : 02: 52

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 AVILA OLMOS YENNY LILIANA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141006738204

(415)7707212489984(8020) **000014100673820 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 2 0 0 0 0 8 5 7 | 1 | 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 3 | 0 3 |
| 72. Número | 3 4 | 3 8 |
| 73. Fecha | 2 0 0 3 1 2 2 4 | 2 0 2 0 0 4 3 0 |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 9 8 | 9 8 |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 1 5 | 1 5 |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 2 5 | 4 2 5 |

Vigencia

| | |
|---|---|
| 80. Desde | 2 0 0 3 1 2 2 4 |
| 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 0 | 2 0 1 6 0 8 0 4 | | - |
| 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 141006738204

(415)7707212489984(8020) **000014100673820 4**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 2 0 0 0 0 0 8 5 7 | 1 | 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 | 5 2 1 6 5 7 6 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| AVILA | OLMOS | YENNY | LILIANA |

| 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

# *DECRETO No.200.03.02 - 026*

*(22 de marzo de 2024)*

## *"POR MEDIO DEL CUAL SE HACE UN NOMBRAMIENTO"*

La Alcaldesa Municipal de Macanal, en uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas en el artículo 313 de la Constitución Política, el artículo 23 de la ley 909 de 2004, articulo 20 de la Ley 1797 de 2016, Decreto 1427 de 2016, Resolución 680 de 2016 y

## *CONSIDERANDO*

Que el artículo 20 de la Ley 1797 de 2017, faculta al Alcalde Municipal y establece las condiciones para el Nombramiento de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado e indica que el periodo de los mismos "empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Alcalde.

Que la Doctora **YENNY LILIANA AVILA OLMOS**, identificada con cedula de ciudadanía No 52.165.765, presento hoja de vida para el cargo de Gerente de la E.S.E Centro de Salud Macanal, encontrándose que cumple con todos los requisitos exigidos en la Ley y el Manual de Funciones de dicha entidad.

Que se efectuó prueba de competencias a la mencionada doctora, tal y como lo establece la Resolución No 680 de 2016, determinándose que cumple con las competencias para ser gerente de la E.S.E. Centro de Salud Macanal.

Que una vez emitida las certificaciones de requisitos y competencias de que trata el Decreto Ley 785 de 2005, el Manual de Funciones y la Resolución 680 de 2016 respectivamente, se evidencio que la Doctora **YENNY LILIANA AVILA OLMOS**, cumple con los requerimientos de Ley para desempeñarse como Gerente de la E.S.E. Centro de Salud Macanal.

En mérito de lo anterior;

## *DECRETA*

***ARTÍCULO PRIMERO:*** Nombrar en propiedad a partir del primero del 01 de abril de 2024 a la Doctora **YENNY LILIANA AVILA OLMOS**, identificada con cédula de ciudadanía No 52.165.765, en el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Centro de Salud Macanal, código 085 grado 07, para el periodo comprendido entre el 01 de abril de 2024 hasta el 31 de marzo de 2028.

| Responsables | Proyectó | Revisó | Aprobó |
|---|---|---|---|
| Nombre | GLADYS MIREYA MONDRAGON | GLORIA ISABEL GONGORA VEGA | LEIDY PATRICIA CANO AVILA |
| Cargo | SECRETARIA EJECUTIVA | SECRETARIA DE GOBIERNO Y TICS | ALCALDESA MUNICIPAL |

***ARTÍCULO SEGUNDO:*** Notificar personalmente el contenido del presente Decreto a la Doctora **YENNY LILIANA AVILA OLMOS** el contenido del presente acto administrativo.

***ARTÍCULO TERCERO:*** Notificar el contenido del presente acto administrativo a la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro de Salud Macanal.

***ARTÍCULO CUARTO:*** Para la posesión del cargo, debe acercar el nombramiento y presentar los antecedentes disciplinarios, fiscales y penales correspondientes, así como certificación que no se encuentra inhabilitada o es incompatible para ocupar el cargo.

***ARTÍCULO QUINTO:*** Publicar el presente acto administrativo en la página Web del Municipio en cumplimiento del parágrafo del artículo 65 del C.P.A.C.A

***ARTÍCULO SEXTO:*** El presente Decreto surte efectos una vez a partir del 01 de abril de 2024.

*NOTIFIQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE*

Dado en el Municipio de Macanal, a los veintidós (22) días del mes de marzo de 2024.

**LEIDY PATRICIA CANO AVILA**
Alcaldesa Municipal
Macanal - Boyacá

| Responsables | Proyectó | Revisó | Aprobó |
|---|---|---|---|
| Nombre | GLADYS MIREYA MONDRAGON | GLORIA ISABEL GONGORA VEGA | LEIDY PATRICIA CANO AVILA |
| Cargo | SECRETARIA EJECUTIVA | SECRETARIA DE GOBIERNO Y TICS | ALCALDESA MUNICIPAL |

**ACTA DE POSESION DE LA DOCTORA YENNY LILIANA AVILA OLMOS IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No 52.165.765 EXPEDIDA EN BOGOTA, COMO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MACANAL-BOYACA**

Al despacho de la Alcaldía Municipal de Macanal Boyacá hoy veintidós (22) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), compareció ante éste Despacho la doctora **YENNY LILIANA AVILA OLMOS** identificada con CC. No 52.165.765 expedida en Bogotá, con el fin de tomar posesión como **GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD MACANAL**, cargo para el cual ha sido nombrada mediante Decreto No. 200.03.02 - 026 de fecha 22 de marzo de 2024, emanado del despacho de la Alcaldía Municipal de Macanal. Acto seguido la señora Alcaldesa ante su secretaria procedió a tomar el juramento de rigor previas las formalidades de Ley por cuya gravedad prometió cumplir bien y fielmente con los deberes que el cargo le impone y para el cual ha sido nombrada

La Posesionada exhibe como documentos indispensables para su posesión los siguientes: Copia del Decreto **No. 200.03.02 - 026** de fecha 22 de marzo de 2024 por medio del cual se hace su nombramiento, carta de aceptación del cargo, Hoja de vida actualizada con soportes de Ley.

La presente acta surte efectos fiscales a partir del día primero (01) de abril de 2024

No siendo otro el objeto de la presente la diligencia se da por terminada y para constancia se firma por quienes intervinieron una vez leída y aprobada en todas sus partes

**Alcaldesa Municipal** — **LEIDY PATRICIA CANO AVILA**

**La Posesionada** — **YENNY LILIANA AVILA OLMOS**

**La secretaria** — **MIREYA MONDRAGON**

| Responsables | Proyectó | Revisó | Aprobó |
|---|---|---|---|
| Nombre | GLADYS MIREYA MONDRAGON | GLORIA ISABEL GONGORA VEGA | LEIDY PATRICIA CANO AVILA |
| Cargo | SECRETARIA EJECUTIVA | SECRETARIA DE GOBIERNO Y TICS | ALCALDESA MUNICIPAL |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.165.765**

APELLIDOS **AVILA OLMOS**

NOMBRES **YENNY LILIANA**

FIRMA

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1974**
**MACANAL**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.55** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-JUL-1992 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0714200-33164373-F-0052165765-20080114 **03542** 08014A 02 210873040

# Ese Centro Salud Macanal

**No responsable de IVA**

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

Calle 4 #7-24 Teléfono: 3204943774 **NIT: 820000857-1**

**Factura Electrónica de Venta** **No. FE400370** Fecha emisión 25/06/2024

Autoriza DIAN 18764068888845, Fecha: 2024-04-12 hasta 2025-04-12, Prefijo FE, Factura 399859 al 450000.



Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: CONVENIO 2193 SUBSIDIO A LA OFERTA - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 23/09/2024

| Código | Servicios | Valor unitario | Cantidad | Valor pagar |
|---|---|---|---|---|
| CAP | POR CONCEPTO DE FINANCIACION DE GASTOS DE OPERACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE MACANAL PARA LA VIGENCIA 2023. CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS POR EL DEPARTAMENTO DE BOYACA. SEGUN CONVENIO 2398 CORRESPONDIENTE AL PERIOD DEL 16/09/2023 AL 25/12/2023 | 32,355,600.00 | 1.00 | 32,355,600.00 |

**Valor total factura electrónica #FE400370** 32,355,600.00

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: CONVENIO 2193 SUBSIDIO A LA OFERTA - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **32,355,600.00**

Valor EN LETRAS: TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

IPS censaludmacanal@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: 492000005-94 Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA S.A. -

CUFE: b0a1d7d41d6d139bb6d3c837621c73f4f425618db7455b331ec7454f63f041a3ea303fd092ea8b33eb9527220853b42d

Documento generado el 25/06/2024 15:23 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.