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	25/06/2024		
CONTRATO __X__ CONVENIO ____	No.3534	DE FECHA: 23/11/2023	
OBJETO	GARANTIZAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCION DE LA POBLACION INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL CON MEDIDA DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN LA INTERNACION EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO PARA LA VIGENCIA 2023		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA		NIT: 891.800.982-3
	DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ		C.C: 46.377.505
INTERVENTOR __ SUPERVISOR ___	RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA		C.C: 7.169.506
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 186.553.172	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 186.553.172		
PLAZO INICIAL	UN (1) MES Y SIETE (7) DIAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	UN (1) MES Y SIETE (7) DIAS		
FECHA DE INICIACIÓN	23/11/2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	23/11/2023 AL 31/12/2023		
RBPP N°	2022-00415-0271-A1		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_9870_ AÑO: _2023_ _, RPC No: _____ AÑO_____,

En las oficinas de CUENTAS MEDICAS DE LA SECRETARIA DE SALUD se reunieron los señores, RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA Interventor / Supervisor, y el señor DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ 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 (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° _ 28346039-28589509_ del mes (es)__NOVIEMBRE- DICIEMBRE__ de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0.00
Sumatoria Amotizaciones	$ 0.00
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 finonciacion, 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	$ 186.553.172	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 180.120.304
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		6,432,868.00
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	$ 186.553.172	$ 186.553.172

**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: 0560176369999394	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: X

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

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
CONTRATISTA

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 02/09/2024

* 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.

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratacion — Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor

GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 5
		CÓDIGO: A-GF-GI-F-005
CONSTANCIA DE RADICACIÓN PAGO FINAL, PARCIAL O ÚNICO		FECHA: 24/Jun/2022

Contrato No.	**3534**
Contratista:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRLA DE BOYACA**
Teléfono y Correo Electrónico:	**3176548208- INFO@CRIBSALUDMENTAL.GOV.CO**
Periodo Informe Supervisión:	23/11/2023 AL 31/12/2023
Pago	Único _____ Parcial_____ Final___X___

DOCUMENTO	DESTINO
	CENTRAL DE CUENTAS
Constancia de Radicación Pago Final Parcial o Único	X
Registro Presupuestal. RPC primer pago o pago único	X
Registro Presupuestal. RPC SPGRSSF Sistema General de Regalías.	X
Certificación Bancaria a nombre del contratista para primer pago o cuando requiera reportar novedad sobre la cuenta. Nota: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria. Nota: Para el caso de anticipos la cuenta bancaria debe venir denominada con el número y nombre del contrato	X
Comprobante de Ingreso de Tesorería con Certificación Rendimientos financieros, cuando hubo giro de anticipos.	
Copia Contrato o Convenio. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere).	X
Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal	
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 mínuta del contrato o convenio	X
Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal del Interventor	
Acta de Iniciación de contrato. 1er Pago y pago único	X
Acta de Aclaración	
Acta de Suspensión	
Acta de Reiniciación	
Acta Parcial. Nota: Dejar claridad en observaciones cuando exista Cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o mas fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta parcial)	
Sábana, solamente para Contrato de Obra	
Factura electrónica 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. y Art.1.6.1.4.8 decreto 1625/2016 para el caso de consorcios y uniones temporales	
Comprobante Entrada Almacén y Acta de Recibo suministros Almacén (Cuando las obligaciones contractuales contemplan elementos o bienes de Consumo y/o devolutivos)	
Certificación de cumplimiento del periodo a pagar expedida por el supervisor. Nota aplica únicamente para arrendamientos o contratos que lo soliciten en la cláusula forma de pago	
Acta de Terminación	X
Acta de Recibo Final. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de recibo final)	X
Acta de Liquidación. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de liquidación)	X
Aclaratoria Acta de Liquidación. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando exista cesión de Derechos Económicos y cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato aclaratoria acta de liquidación)	
Para pago final Contrato de Interventoría, Acta de Liquidación de Contrato al que se realiza la Interventoría	X
Planillas aportes en seguridad social del periodo autorizado a pagar	X
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.	
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.	X

Paz y Salvo COMFABOY, y Certificación FIC expedida por el SENA (Parafiscales cuando aplique)	
Registro Único Tributario. RUT. Impreso o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	**X**
Recibo de pago Estampilla Prodesarrollo y Sobretasa Bomberil s/n lo establecido en la Ordenanza 022/12, Capítulo II Art. 206 - 214 y Capítulo III Art. 215 – 227 y demás normas reglamentarias. Para Vigencia 2017 y vigencias anteriores	
Otros, informes, actas y demás documentos, si lo establece el contrato en la cláusula forma de pago del contrato. 1._____ 2._____ 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 datos diligenciados por Funcionario de Central de Cuentas deben contener Nombre completo, claro y legible.
6. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

TUNJA, BOYACÁ, 14/06/2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA** con NIT **8918009823** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 0560176369999394

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
Nit: 891800498-1

DEBE A:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ
Nit: 891800982-3

LA SUMA DE: **$ 143.554.528.00**

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios de atención Psiquiátrica Integral y la asistencia social a los usuarios inimputables internados en esta empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá por valor de **$ 143.554.528.00** durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de Diciembre del 2023

SON: Ciento cuarenta y tres millones quinientos cincuenta y cuatro mil quinientos veintiocho **MLV**.

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ELKY GUSTAVO MORENO SANDOVAL
GERENTE *ESE CRIB (E)*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

LA SUSCRITA
GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

CERTIFICA QUE:

Los pacientes relacionados a continuación se encuentran internados en la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en calidad de inimputables durante el periodo comprendido así: **01 AL 31 de DICIEMBRE DE 2023**

ITEM	IDENTIFICACION	NOMBRE	PERIODO INTERNACION
1	3096255	JULIO ROBERTO SORIANO ALDANA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
2	3137324	IVAN ADOLFO BUITRAGO LIEVANO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
3	4113254	ARIOSTO GARCIA VELASCO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
4	4172566	NOE PIZA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
5	4208064	JOSE NOVA CACERES	01 Al 31 DE DICIEMBRE
6	4238351	JORGE CRISTANCHO MEDINA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
7	4264074	MISAEL RAMIREZ GONZALEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
8	7307631	JESUS MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
9	8732622	ALBERTO RIZZO PATIÑO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
10	11349364	HENRY OSWALDO GUERRERO GOMEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
11	12202864	HARRINSON HERNANDEZ RAMOS	01 Al 31 DE DICIEMBRE
12	19174371	JOSE ROBERTO SOLER REYES	01 Al 31 DE DICIEMBRE
13	80188969	WILSON CARDENAS	01 Al 31 DE DICIEMBRE
14	80498730	HELBER CORREA URREGO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
15	93388577	JHON CARLOS ZAMUDIO HERRAN	01 Al 31 DE DICIEMBRE
16	1016017474	GUSTAVO PARRA CATIVE	01 Al 31 DE DICIEMBRE
17	1019007412	CAMILO ANDRES QUINTERO GUEVARA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
18	1023880924	RAFAEL RICARDO RIVERA BOLIVAR	01 Al 31 DE DICIEMBRE
19	1031142864	BRAYAN STIVENS DIAZ GIRALDO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
20	1054120429	JAIRO ALBERTO ROJAS PEÑA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
21	1019045789	ERNESTO GARCIA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
22	1055504744	JULIO ROBERTO SOCHA MORENO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
23	1063806377	JHON FREDY PACHECO GOMEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
24	1096035127	OSCAR JAVIER SALAZAR RIOS	01 Al 31 DE DICIEMBRE
25	1111263962	JEHINSON FERLA RADA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
26	1127391750	CAMILO ANDRES BARRIOS GIRALDO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
27	98511857	WILLINTON ANDRES URREGO HERRERA	20 Al 31 DE DICIEMBRE
28	1110449230	ARCESIO CALDERON ESPINOZA	01 Al 31 DE DICIEMBRE

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ELKY GUSTAVO MORENO SANDOVAL
GERENTE *ESE CRIB (E)*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

LA SUSCRITA
GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

CERTIFICA QUE:

Los pacientes relacionados a continuación se encuentran internados en la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en calidad de inimputables durante el periodo comprendido así: 01 AL 31 de DICIEMBRE DE 2023

ITEM	IDENTIFICACION	NOMBRE	PERIODO INTERNACION
1	3096255	JULIO ROBERTO SORIANO ALDANA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
2	3137324	IVAN ADOLFO BUITRAGO LIEVANO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
3	4113254	ARIOSTO GARCIA VELASCO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
4	4172566	NOE PIZA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
5	4208064	JOSE NOVA CACERES	01 Al 31 DE DICIEMBRE
6	4238351	JORGE CRISTANCHO MEDINA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
7	4264074	MISAEL RAMIREZ GONZALEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
8	7307631	JESUS MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
9	8732622	ALBERTO RIZZO PATIÑO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
10	11349364	HENRY OSWALDO GUERRERO GOMEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
11	12202864	HARRINSON HERNANDEZ RAMOS	01 Al 31 DE DICIEMBRE
12	19174371	JOSE ROBERTO SOLER REYES	01 Al 31 DE DICIEMBRE
13	80188969	WILSON CARDENAS	01 Al 31 DE DICIEMBRE
14	80498730	HELBER CORREA URREGO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
15	93388577	JHON CARLOS ZAMUDIO HERRAN	01 Al 31 DE DICIEMBRE
16	1016017474	GUSTAVO PARRA CATIVE	01 Al 31 DE DICIEMBRE
17	1019007412	CAMILO ANDRES QUINTERO GUEVARA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
18	1023880924	RAFAEL RICARDO RIVERA BOLIVAR	01 Al 31 DE DICIEMBRE
19	1031142864	BRAYAN STIVENS DIAZ GIRALDO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
20	1054120429	JAIRO ALBERTO ROJAS PEÑA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
21	1019045789	ERNESTO GARCIA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
22	1055504744	JULIO ROBERTO SOCHA MORENO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
23	1063806377	JHON FREDY PACHECO GOMEZ	01 Al 31 DE DICIEMBRE
24	1096035127	OSCAR JAVIER SALAZAR RIOS	01 Al 31 DE DICIEMBRE
25	1111263962	JEHINSON FERLA RADA	01 Al 31 DE DICIEMBRE
26	1127391750	CAMILO ANDRES BARRIOS GIRALDO	01 Al 31 DE DICIEMBRE
27	98511857	WILLINTON ANDRES URREGO HERRERA	20 Al 31 DE DICIEMBRE
28	1110449230	ARCESIO CALDERON ESPINOZA	01 Al 31 DE DICIEMBRE

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ELKY GUSTAVO MORENO SANDOVAL
GERENTE *ESE CRIB (E)*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

RELACIÓN DE FACTURAS DEL 01 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023

N° FACTURA	FECHA FACTURA	DIAS FACTURADOS	VALOR FACTURA
306289	31/12/2023	31	5,247,866.00
306294	31/12/2023	31	5,247,866.00
306297	31/12/2023	31	5,247,866.00
306298	31/12/2023	31	5,247,866.00
306308	31/12/2023	31	5,247,866.00
306314	31/12/2023	31	5,247,866.00
306319	31/12/2023	31	5,247,866.00
306323	31/12/2023	31	5,247,866.00
306326	31/12/2023	31	5,247,866.00
306328	31/12/2023	31	5,247,866.00
306329	31/12/2023	31	5,247,866.00
306332	31/12/2023	31	5,247,866.00
306335	31/12/2023	31	5,247,866.00
306338	31/12/2023	31	5,247,866.00
306343	31/12/2023	31	5,247,866.00
306353	31/12/2023	31	5,247,866.00
306357	31/12/2023	31	5,247,866.00
306362	31/12/2023	31	5,247,866.00
306366	31/12/2023	31	5,247,866.00
306371	31/12/2023	31	5,247,866.00
306374	31/12/2023	31	5,247,866.00
306376	31/12/2023	31	5,247,866.00
306379	31/12/2023	31	5,247,866.00
306380	31/12/2023	31	5,247,866.00
306382	31/12/2023	31	5,247,866.00
306387	31/12/2023	31	5,247,866.00
306388	31/12/2023	11	1,862,146.00
306396	31/12/2023	31	5,247,866.00
			$ 143.554.528.00

Se expide en Tunja el día 02 del mes de Enero 2024

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ELKY GUSTAVO MORENO SANDOVAL
GERENTE *ESE CRIB (E)*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
Nit: 891800498-1

DEBE A:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ
Nit: 891800982-3

LA SUMA DE: **$ 36.565.776.00**

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios de atención Psiquiátrica Integral y la asistencia social a los usuarios inimputables internados en esta empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá por valor de $ $ **36.565.776.00** durante el periodo comprendido entre el 23 al 30 de Noviembre de 2023

SON: Treinta y seis millones quinientos sesenta y cinco mil setecientos setenta y seis pesos MLV.

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ
GERENTE *ESE CRIB*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

LA SUSCRITA
GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

CERTIFICA QUE:

Los pacientes relacionados a continuación se encuentran internados en la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en calidad de inimputables durante el periodo comprendido así: **23 AL 30 de Noviembre DE 2023**

ITEM	IDENTIFICACION	NOMBRE	PERIODO INTERNACION
1	4238351	JORGE CRISTANCHO MEDINA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
2	1111263962	JEHINSON FERLA RADA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
3	7307631	JESUS MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
4	1110449230	ARCESIO CALDERON ESPINOZA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
5	1031142864	BRAYAN STIVENS DIAZ GIRALDO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
6	3096255	JULIO ROBERTO SORIANO ALDANA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
7	1019045789	ERNESTO GARCIA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
8	1023880924	RAFAEL RICARDO RIVERA BOLIVAR	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
9	11349364	HENRY OSWALDO GUERRERO GOMEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
10	1096035127	OSCAR JAVIER SALAZAR RIOS	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
11	1127391750	CAMILO ANDRES BARRIOS GIRALDO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
12	4264074	MISAEL RAMIREZ GONZALEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
13	80498730	HELBER CORREA URREGO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
14	1054120429	JAIRO ALBERTO ROJAS PEÑA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
15	3137324	IVAN ADOLFO BUITRAGO LIEVANO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
16	4208064	JOSE NOVA CACERES	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
17	8732622	ALBERTO RIZZO PATIÑO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
18	19174371	JOSE ROBERTO SOLER REYES	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
19	1063806377	JHON FREDY PACHECO GOMEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
20	1055504744	JULIO ROBERTO SOCHA MORENO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
21	93388577	JHON CARLOS ZAMUDIO HERRAN	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
22	4172566	NOE PIZA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
23	4113254	ARIOSTO GARCIA VELASCO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
24	12202864	HARRINSON HERNANDEZ RAMOS	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
25	80188969	WILSON CARDENAS	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
26	1019007412	CAMILO ANDRES QUINTERO GUEVARA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
27	1016017474	GUSTAVO PARRA CATIVE	23 Al 30 DE NOVIEMBRE

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ
GERENTE *ESE CRIB*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

LA SUSCRITA
GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

CERTIFICA QUE:

Los pacientes relacionados a continuación se encuentran internados en la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en calidad de inimputables durante el periodo comprendido así: 23 AL 30 de Noviembre DE 2023

ITEM	IDENTIFICACION	NOMBRE	PERIODO INTERNACION
1	4238351	JORGE CRISTANCHO MEDINA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
2	1111263962	JEHINSON FERLA RADA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
3	7307631	JESUS MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
4	1110449230	ARCESIO CALDERON ESPINOZA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
5	1031142864	BRAYAN STIVENS DIAZ GIRALDO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
6	3096255	JULIO ROBERTO SORIANO ALDANA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
7	1019045789	ERNESTO GARCIA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
8	1023880924	RAFAEL RICARDO RIVERA BOLIVAR	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
9	11349364	HENRY OSWALDO GUERRERO GOMEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
10	1096035127	OSCAR JAVIER SALAZAR RIOS	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
11	1127391750	CAMILO ANDRES BARRIOS GIRALDO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
12	4264074	MISAEL RAMIREZ GONZALEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
13	80498730	HELBER CORREA URREGO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
14	1054120429	JAIRO ALBERTO ROJAS PEÑA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
15	3137324	IVAN ADOLFO BUITRAGO LIEVANO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
16	4208064	JOSE NOVA CACERES	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
17	8732622	ALBERTO RIZZO PATIÑO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
18	19174371	JOSE ROBERTO SOLER REYES	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
19	1063806377	JHON FREDY PACHECO GOMEZ	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
20	1055504744	JULIO ROBERTO SOCHA MORENO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
21	93388577	JHON CARLOS ZAMUDIO HERRAN	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
22	4172566	NOE PIZA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
23	4113254	ARIOSTO GARCIA VELASCO	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
24	12202864	HARRINSON HERNANDEZ RAMOS	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
25	80188969	WILSON CARDENAS	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
26	1019007412	CAMILO ANDRES QUINTERO GUEVARA	23 Al 30 DE NOVIEMBRE
27	1016017474	GUSTAVO PARRA CATIVE	23 Al 30 DE NOVIEMBRE

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ
GERENTE *ESE CRIB*

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.
Nit: 891.800.982-3

RELACIÓN DE FACTURAS DEL 23 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2023

N° FACTURA	FECHA FACTURA	DIAS FACTURADOS	VALOR FACTURA
305003	30/11/2023	8	1,354,288.00
305004	30/11/2023	8	1,354,288.00
305006	30/11/2023	8	1,354,288.00
305007	30/11/2023	8	1,354,288.00
305008	30/11/2023	8	1,354,288.00
305010	30/11/2023	8	1,354,288.00
305011	30/11/2023	8	1,354,288.00
305012	30/11/2023	8	1,354,288.00
305014	30/11/2023	8	1,354,288.00
305016	30/11/2023	8	1,354,288.00
305018	30/11/2023	8	1,354,288.00
305019	30/11/2023	8	1,354,288.00
305020	30/11/2023	8	1,354,288.00
305022	30/11/2023	8	1,354,288.00
305024	30/11/2023	8	1,354,288.00
305025	30/11/2023	8	1,354,288.00
305027	30/11/2023	8	1,354,288.00
305028	30/11/2023	8	1,354,288.00
305029	30/11/2023	8	1,354,288.00
305031	30/11/2023	8	1,354,288.00
305032	30/11/2023	8	1,354,288.00
305033	30/11/2023	8	1,354,288.00
305034	30/11/2023	8	1,354,288.00
305036	30/11/2023	8	1,354,288.00
305037	30/11/2023	8	1,354,288.00
305038	30/11/2023	8	1,354,288.00
305091	01/12/2023	8	1,354,288.00
TOTAL			**$ 36.565.776.00**

Se expide en Tunja el día 04 del mes de Diciembre 2023

ANDREA DEL PILAR CHONA BOLIVAR
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ
GERENTE ESE CRIB

NANCY LILIANA MONSALVE RODRIGUEZ
PROYECTO

YULY ANDREA RODRIGUEZ OCHOA
REVISO

M&T "Soluciones Financieras"

Juan Felipe Cujabante Bautista
Contador Público, Especialista Finanzas
Especialista Revisoría Fiscal

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
NIT 891.800.982-3

CERTIFICA

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, ley 828 de 2003, articulo 23de la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes: **EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA** identificado con NIT: 891.800.982-3 efectuó los correspondientes pagos a los aportes de los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación Sena e icbf; para los meses de **DICIEMBRE DE 2023, ENERO, FEBRERO, Y MARZO, ABRIL, MAYO DE 2024** mediante las planillas No, 28589509, 28918508, 29122880, 29448635, 29736940, 29980576. Respectivamente; del operador Asopagos; correspondiente a los empleados vinculados bajo contrato de trabajo. Encontrándose al día con los compromisos del sistema de seguridad social en salud.

La presente certificación se expide a los 18 días del mes de mayo de 2024.

Atentamente



Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 02/09/2024

JUAN FELIPE CUJABANTE BAUTISTA
Revisor Fiscal
T.P 165.763-T

M&T "Soluciones Financieras"

Juan Felipe Cujabante Bautista
Contador Público, Especialista Finanzas
Especialista Revisoría Fiscal

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
NIT 891.800.982-3

CERTIFICA

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, ley 828 de 2003, articulo 23de la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes: **EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA** identificado con NIT: 891.800.982-3 efectuó los correspondientes pagos a los aportes de los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación Sena e icbf; para el mes de Noviembre de 2023 mediante la planilla No 28346039 del operador Asopagos; correspondiente a los empleados vinculados bajo contrato de trabajo. Encontrándose al día con los compromisos del sistema de seguridad social en salud.

La presente certificación se expide a los 07 días del mes de diciembre de 2023.

Atentamente

JUAN FELIPE CUJABANTE BAUTISTA
Revisor Fiscal
T.P 165.763-T

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 02/09/2024

M&T "Soluciones Financieras"

Juan Felipe Cujabante Bautista
Contador Público, Especialista Finanzas
Especialista Revisoría Fiscal

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
NIT 891.800.982-3

CERTIFICA

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, ley 828 de 2003, articulo 23de la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes: **EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA** identificado con NIT: 891.800.982-3 efectuó los correspondientes pagos a los aportes de los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación Sena e icbf; para el mes de Diciembre de 2023 mediante la planilla No 28589509 del operador Asopagos; correspondiente a los empleados vinculados bajo contrato de trabajo. Encontrándose al día con los compromisos del sistema de seguridad social en salud.

La presente certificación se expide a los 10 días del mes de enero de 2024.

Atentamente

JUAN FELIPE CUJABANTE BAUTISTA
Revisor Fiscal
T.P 165.763-T



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7185244

CUJABANTE BAUTISTA
APELLIDOS

JUAN FELIPE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1984
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

19-JUN-2002 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0700100-33105811-M-0007185244-20020729 04919 02207A 01 125348134

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F20886F61F57903C1400

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JUAN FELIPE CUJABANTE BAUTISTA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7185244 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 165763-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
165763-T
JUAN FELIPE
CUJABANTE BAUTISTA
C.C. 7185244
RESOLUCION INSCRIPCION 062
FECHA 15/03/2012
UNIVERSIDAD U. D. T. C.
PRESIDENTE
DANIEL SARMIENTO PAVAS
177452


FIRMA DEL TITULAR
92804
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

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

Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 02/09/2024

INFORME No:	1			FECHA:	**25**	de	**JUNIO**	de	**2024**	
PERIODO: DEL	**23**	de	**NOVIEMBRE**	de	**2023**	AL	**31**	de	**DICIEMBRE**	de	**2023**
No. CONTRATO O CONVENIO	**3534**	DE	**2023**	FECHA:	**23**	de	**NOVIEMBRE**	de	**2023**	
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$186.553.172.00**			RPC	**9870**					
REGISTRO BP y P No.	**2022004150271A1**									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA**									

OBJETO: "G A R A N T I Z A R L A P R E S T A C I O N D E S E R V I C I O S D E S A L U D P A R A L A A T E N C I O N D E L A P O B L A C I O N I N I M P U T A B L E P O R T R A S T O R N O M E N T A L C O N M E D I D A D E S E G U R I D A D C O N S I S T E N T E E N L A I N T E R N A C I O N E N E S T A B L E C I M I E N T O P S I Q U I A T R I C O P A R A L A V I G E N C I A 2 0 2 3."

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA

Teléfono: 3125838575 Dirección: **AV COLON 22 A - 16 TUNJA**

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	23	11	2023
PLAZO INICIAL	UN MES Y 7 DIAS CONTADOS PARTIR DEL ACTA DE INICIO		
PLAZO CON ADICIONES			
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	31	12	2023
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	31	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 INICIACION CONTRATO	23	11	2023	NO
ACTA DE TERMINACION	25	06	2024	NO
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCION	25	06	2024	NO

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

CONTRATO O CONVENIO

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

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)	DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO

ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Cumplir con las condiciones técnicas mlnimas establecidas en el numeral 2.6.4. del documento "Lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la atención de la Población Inlmputable con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico" emitido por la oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2023, para los recursos asignados mediante la Resolución No. 296 de 2023.	CUMPLE CON LAS CONDICIONES PARA ESTABLECIMIENTO DE INTERNACION PSIQUIATRICA	X			
2. Tener experiencia mlnima de tres (03) años en atención a población psiquiátrica, preferiblemente inimpulables.	TIENE MAS DE 50 AÑOS DE EXPERIENCIA EN ATENCION	X			
3. Estar debidamente habilitada en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	INSTITUCION HABILITADA EN EL REPS	X			

4. Cumplir con estándares de habilitación de servicio de salud para la hospitalización en unidad de salud mental establecidos en la Resolución 3100 de 2019 o la que se encuentre vigente.	CUMPLE ESTÁNDAR DE INTERNACION SALUD MENTAL	X			
5. Desarrollar todos y cada uno de los otros procedimientos establecidos en el numeral 3 del documento "Lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la atención de la población inimputable con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico' emitido por la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2023, para los recursos asignados mediante la Resolución No. 296 de 2023.	CUMPLE LOS LINEAMIENTOS DEL MINSALUD	X			
6. Contar con disponibilidad de veintinueve (29) cupos para la atención de pacientes de sexo Masculino y/o quince (15) cupos para la atención de pacientes de sexo Femenino, garantizando que las condiciones de Infraestructura de la IPS sean las adecuadas para dicha población.	CUENTA CON 29 CUPOS PARA INTERNACION PSIQUIATRICA	X			
7. Contar con equipo multidisciplinario constituido como mínimo por profesionales de las áreas de psiquiatría, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, medicina general, enfermería y auxIllar en enfermerla que garantice las condiciones establecidas en el documento de lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la atención de la población InImputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte integral del contrato.	CUENTA EQUIPO DE PERSONAL ACORDE A LINEAMIENTO DE HABILITACION PARA IPS PISQUIATRICA	X			
8. cumplir con los criterios de dotación para la permanencia de la población sujeto de atención en el establecimiento psiquiátrico, suministrando a cada persona los elementos establecidos en los lineamientos para la ejecución de los recurso '•-- destinados a gatanlizar la atención de la población InImputable con trastorno mental con medida de .. _..\ seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023. e / \ _ cual hace parte integral del contrato.	CUENTA CON DOTACION ACORDE A LINEAMIENTO DE HABILITACION PARA IPS PISQUIATRICA	X			
9. garantizar las Condiciones de Infraestructura mínimas agurIdad minlmas dispuestas para la atención exclusiva de la población InImputable que presente como mínimo fas condiciones de Infraestructura y seguridad, establecidos en el documento de flneamfentos para fa ejecución de los recursos desIlnados a garantizar fa atención de fa población inímpulable con trastorno mental con medida de seguridad consIslente en fa internación en eslablecfmienlo psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte Inlegraf del contrato	GARATIZA CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA ACORDE A LINEAMIENTO DE HABILITACION PARA IPS PISQUIATRICA	X			
10. Dar cumpllmfenlo a to señalado en ei numeral 3. otros procedimientos del documento de lineamientos para ía ejecución de los recursos destinados a garanllzar fa atención de fa población InImputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en fa internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, al cual hace parte Integral del contrato.	CUMPLE LOS LIENAMIENTOS	X			
11, cumplir con los reportes de Información a cargo, en los términos y plazos establecidos en el numeral 4.0.2. del documento de lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar ta atención de fa población InImputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte integral del contrato.	REALIZO LOS REPORTES ACORDE A LOS LINEMAIENTOS Y EXIGENCIA DE LA SUPERVISION	X			

12. las demás que se desprendan del objeto contractual y aquellas señaladas en el documento de lineamientos para la ejecución de los recursos deslInados a garantizar fa atención de la población inImputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte integral del contrato.	NO SE EXIGIERON CONDICIONES ADICIONALES	X			

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

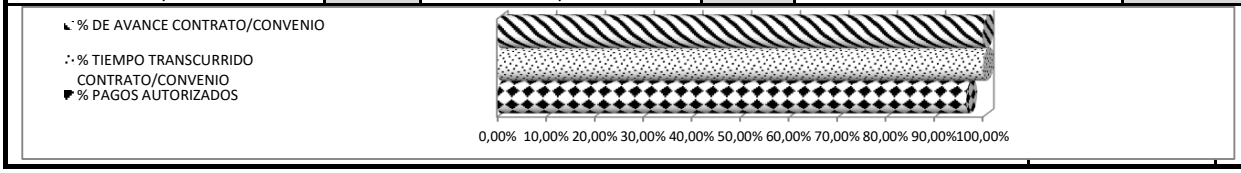
INFORME TÉCNICO

SE REALIZA ATENCION EN SALUD MENTAL A 28 PACIENTES ACORDE A OBJETO CONTRACTUAL, Y VERIFICACION POR AUDITORIA MEDICA REALIZADA POR LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA, DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2023.

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**96,55%**



SE REALIZO ATENCION AL **100%** DE PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA CON MEDIDA DE SEGURIDAD EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO , DURANTE UN MES Y SIETE DIAS DE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2023.

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

SE REALIZO ATENCION A LA TOTALIDAD DE PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA CON MEDIDA DE SEGURIDAD EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO , DURANTE UN MES Y SIETE DIAS DE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2023.

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	**560176369999394**	FIDUCIA No.:		BANCO:	BANCO DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	**ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA**				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA RECIBO FINAL A SATISFACCION	100	25	06	2024	$ 180.120.304,00
TOTAL					$ 180.120.304,00

INFORME JURÍDICO

CONTRATO SIN ICNIDENCIAS JURIDICAS EN SU EJECUCION SIN PROROGAS O ADICIONES, FACTURACION PRESENTADA EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL TIEMPO DEL CONTRATO EN EL MES DE ENERO DE 2024, AUDITADOS Y AVALADOS PARA PAGO POR LA AUDITORIA, REPOSAN SOPORTES EN EL SISTEMA DE CUENTAS MEDICAS DE LA ENTIDAD COFORME A PROCESO CONTEMPLADO PARA ESTE FIN.

OBSERVACIONES: SIN OBSERVACIONES

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 _____23/11/2023___AL_31/12/2023_____ CONTRATO No. 3534

REGISTRO BPyP No.: 2022-00415-0271-A1

FECHA INICIACIÓN_____23/11/2023 FECHA TERMINACIÓN_____31/12/2023_____

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 02/09/2024

CONTRATISTA:____EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA INTERVENTOR: _RODRIGO ANTONIO ORTEGA___

OBJETO DEL CONTRATO: GARANTIZAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCION DE LA POBLACION INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL CON MEDIDAD DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN LA INTERNACION EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO PARA VIGENCIA 2023

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	1. Cumplir con las condiciones técnicas mlnimas establecidas en el numeral 2.6.4. del documento "Lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la atención de la Población Inimputable con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico" emitido por la oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2023, para los recursos asignados mediante la Resolución No. 296 de 2023.	cumplir con las condiciones minimas establecidas	x			cumplir con las condiciones minimas establecidas
2	2. Tener experiencia mlnima de tres (03) años en atención a población psiquiátrica, preferiblemente inimpulables.	contamos con mas de 50 años de experiencia en la atencion de pacientes psiquiatricos en calidad de inimputables	x			contamos con mas de 50 años de experiencia en la atencion de pacientes psiquiatricos en calidad de inimputables
	3. Estar debidamente habilitada en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	nos encontramos habilitados en el reps	x			nos encontramos habilitados en el reps

	4. Cumplir con estándares de habilitación de servicio de salud para la hospitalización en unidad de salud mental establecidos en la Resolución 3100 de 2019 o la que se encuentre vigente.	cumplimos con los estandares minimos de habilitacion en salud para atencion de hospitalizacion	X			cumplimos con los estandares minimos de habilitacion en salud para atencion de hospitalizacion
	5. Desarrollar todos y cada uno de los otros procedimientos establecidos en el numeral 3 del documento "Lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la atención de la población inimputable con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico' emitido por la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2023, para los recursos asignados mediante la Resolución No. 296 de 2023.	se cumple con los lineaminetos establecidos para la ejecucion de lso recursos	X			se cumple con los lineaminetos establecidos para la ejecucion de lso recursos
	6. Contar con disponibilidad de veintinueve (29) cupos para la atención de pacientes de sexo Masculino y/o quince (15) cupos para la atención de pacientes de sexo Femenino, garantizando que las condiciones de Infraestructura de la IPS sean las adecuadas para dicha población.	contamos con 29 cupos habilitados	X			contamos con 29 cupos habilitados
	7. Contar con equipo multidisciplinario constituido como mínimo por profesionales de las áreas de psiquiatría, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, medicina general, enfermería y auxIllar en enfermerla que garantice las condiciones establecidas en el documento de lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar la atención de la población lnImputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte integral del contrato.	se cuenta con un equipi interdisciplinarios especializado en al atemncion de pacientes con trastornos mentales	X			se cuenta con un equipi interdisciplinarios especializado en al atemncion de pacientes con trastornos mentales
	8. cumplir con los criterios de dotación para la permanencia de la población sujeto de atención en el establecimiento psiquiátrico, suministrando a cada persona los elementos establecidos en los lineamientos para la ejecución de los recurso '•-- destinados a gatanlizar la atención de la población inimputable con trastorno mental con medida de .. _..\ seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023. e / \ _ cual hace parte integral del contrato.	contamos con la dotacion para la permanencia de la poblacion inimputable para la atencion en establecimiento psiquiatrico	X			contamos con la dotacion para la poblacion inimputable para la atencion en establecimiento psiquiatrico

	9. garantizar las Condiciones de Infraestructura mínimas aguridad minlmas dispuestas para la atención exclusiva de la población lnimputable que presente como mínimo fas condiciones de Infraestructura y seguridad, establecidos en el documento de fineamfentos para fa ejecución de los recursos deslinados a garantizar fa atención de fa población inímpulable con trastorno mental con medida de seguridad consislente en fa internación en esiablecfmienlo psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte lnlegraf del contrato	contamos con la infraestructura minima para la atenciuon de la poblacion en calidad de inimputable	X			contamos con la infraestructura mínima para la atenciuon de la poblacion en calidad de inimputable
	10. Dar cumpllmfenlo a to señalado en eí numeral 3. otros procedimientos del documento de lineamientos para ía ejecución de los recursos destinados a garanllzar fa atención de fa población lnlmputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en fa internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, al cual hace parte Integral del contrato.	cumplimos con lo establecido en los lineaminetos para la ejecucion de los recursos	X			cumplimos con lo establecido en los lineaminetos para la ejecucion de los recursos
	11, cumplir con los reportes de Información a cargo, en los términos y plazos establecidos en el numeral 4.0.2. del documento de lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a garantizar ta atención de fa población lnlmputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte integral del contrato.	se realiza reporte de acuerdo a lo establecido en los lineamientos pata la atencion de los pacientes en calidad de inimputables	X			se realiza reporte de acuerdo a lo establecido en los lineamientos pata la atencion de los pacientes en calidad de inimputables
	12. las demás que se desprendan del objeto contractual y aquellas señaladas en el documento de lineamientos para la ejecución de los recursos deslinados a garantizar fa atención de la población inlmputable con trastorno mental con medida de seguridad consistente en la Internación en establecimiento psiquiátrico resolución 296 de 2023, el cual hace parte integral del contrato.	N/A	X			N/A

Firma: _____

Nombre: RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ

CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007160839

(415)7707212489984(8020) 000014100716083 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 8 2	3	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 REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
KM 1 VIA A SORACA

42. Correo electrónico gerencia@cribsaludmental.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 6 0 0 6 0 7 5	3 1 7 3 7 0 7 2 0 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 7 0 5 1 4							

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	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

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

Exportadores																										
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
		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 - 08 / 16 : 54: 44

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 DELGADO JIMENEZ DIANA CATALINA
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: 141007160839

(415)7707212489984(8020) 000014100716083 9

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 5 1 2 2 7
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	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 3	2 0 1 7 0 1 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007160839

(415)7707212489984(8020) 000014100716083 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 8 2	3	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 6 3 7 7 5 0 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DELGADO	JIMENEZ	DIANA	CATALINA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
8 9 1 8 0 0 9 8 2	3	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007160839

(415)7707212489984(8020) 000014100716083 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 8 2	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

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

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	4 2 0 9 0 2 5		COLOMBIA 1 6 9	AMAYA	RODRIGUEZ	CARLOS	ANDRES				2 0 2 3 1 2 3 0	
2	Cédula de Ciudada 1 3	8 0 2 4 5 5 1 9		COLOMBIA 1 6 9	VARGAS	LASSO	JOHN	JAIRO				2 0 2 4 0 4 0 2	
3	Cédula de Ciudada 1 3	7 1 6 5 1 5 6		COLOMBIA 1 6 9	JIMENEZ	ESPINOSA	OSCAR	MANUEL				2 0 2 4 0 1 0 2	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	6 3 3 6 2 4 0 7		COLOMBIA 1 6 9	CELY	ANDRADE	CLAUDIA	PATRICIA				2 0 2 3 0 2 2 0	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	6 3 4 9 7 3 3 1		COLOMBIA 1 6 9	MALDONADO	MONROY	AMANDA	PIEDAD				2 0 2 2 0 3 1 8	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007160839

(415)7707212489984(8020) 000014100716083 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 8 2	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	4 2 7 9 5 2 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RODRIGUEZ	PEREZ	GERMAN	DE LA CRUZ

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 0 3 0 6	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

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: 141007160839

(415)7707212489984(8020) 000014100716083 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 8 2		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
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 1 8 5 2 4 4		1 6 5 7 6 3 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
CUJABANTE	BAUTISTA	JUAN	FELIPE

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 2 1 6

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 0 8 6 2 0	7	1 6 6 5 6 6 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
ARIAS	MOLINA	ZULMA	LORENA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 2 1 6

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	2 3 9 4 6 6 2 8	9	1 4 4 7 9 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CARDOZO	LEMUS	ANDREA	CAROLINA

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 2 2 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Departamento de Boyacá
Gobernación

DECRETO NÚMERO 315 **DE**

(27 MAR 2024)

"Por el cual se hace un nombramiento en propiedad al Gerente de una Empresa Social del Estado del orden Departamental, CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ"

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

En uso de las atribuciones constitucionales, legales y en especial las conferidas por el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016,

C O N S I D E R A N D O:

Que, las Empresas Sociales del Estado, conforme lo dispuesto por el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creada por la ley o por las asambleas o concejos según el caso.

Que, el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, señala que corresponde a los Gobernadores nombrar al gerente o director de las Empresas Sociales del Estado, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Que, los requisitos de formación académica y experiencia requeridos para desempeñar el cargo de gerente de las Empresas Sociales del Estado de los diferentes niveles se encuentran previstos en el artículo 22 del Decreto Ley 785 de 2005 y en los correspondientes manuales de funciones de cada entidad.

Que, el Decreto Nacional No. 1427 del 1 de septiembre de 2016, dispone lo siguiente:

"***ARTÍCULO 2.5.3.8.5.1. Evaluación de competencias.*** *Corresponde al Presidente de la República, a los gobernadores y a los alcaldes como autoridades nominadoras del orden nacional, departamental y municipal, respectivamente, evaluar, a través de pruebas escritas, las competencias señaladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado.*

Departamento de Boyacá
Gobernación

DECRETO NÚMERO 310 **DE**
(27 MAR 2024)

"Por el cual se hace un nombramiento en propiedad al Gerente de una Empresa Social del Estado del orden Departamental, CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ"

(...) ***ARTÍCULO 2.5.3.8.5.3. Evaluación de las competencias para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial.*** *Las competencias del aspirante o aspirantes a ocupar el cargo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del orden departamental, distrital o municipal, señaladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, serán evaluadas por el gobernador o el alcalde, de lo cual se dejará evidencia.*

(...) ***ARTÍCULO 2.5.3.8.5.5. Nombramiento.*** *El nombramiento del gerente o director de la Empresa Social del Estado del orden nacional, departamental o municipal, recaerá en quien acredite los requisitos exigidos para el desempeño del cargo y demuestre las competencias requeridas." (s.f.t.)*

Que, la Gobernación de Boyacá a través de los Decretos 270 y 275 de 2024, procedió a efectuar invitación pública para conformar banco de hojas de vida para la Selección de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Orden Departamental y se fijaron las condiciones para la participación.

Que, una vez surtidas las etapas de la invitación pública precitada, a la Doctora DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ aprobó la evaluación de competencias e igualmente acreditó los requisitos para desempeñar el empleo de Gerente de las Empresas Sociales del Estado, conforme a lo dispuesto en el artículo 22 del Decreto Ley 785 de 2005.

Que, en mérito de lo expuesto,

D E C R E T A

Artículo 1. Nombrar en propiedad a la Doctora DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 46.377.505 expedida en SOGAMOSO, en el cargo de GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ, para el período comprendido entre la fecha de posesión y hasta el 31 de marzo de 2028.

Artículo 2. Notifíquese el contenido del presente decreto a la Doctora DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ en los términos del CPACA.

Departamento de Boyacá
Gobernación

DECRETO NÚMERO 315 DE
(27 MAR 2024)

"Por el cual se hace un nombramiento en propiedad al Gerente de una Empresa Social del Estado del orden Departamental, CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ"

Artículo 3. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y surte efectos fiscales con fecha de posesión.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Tunja, a

CARLOS ANDRES AMAYA RODRÍGUEZ
Gobernador de Boyacá

Elaboró Blanca Elvira Soler López
Profesional Universitario

Revisó César Augusto Medina Rodríguez
Profesional Universitario

Aprobó Camilo Andrés Guarnizo Romero
Director General de Talento Humano

Secretaría de
SALUD

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA

C E R T I F I C A:

Que Mediante Decreto Ordenanzal No. 1243 del 29 de septiembre de 1992 se creó como Establecimiento Público del orden Departamental el Hospital Psiquiátrico de Boyacá.

Que con la expedición del Decreto Ordenanzal No. 001529 del 27 de diciembre de 1995, se transformó el Hospital Psiquiátrico de Boyacá, en una Empresa Social del Estado del orden Departamental.

Que mediante Ordenanza Departamental número 0013 del 14 de mayo de 1997, se modificó la denominación por la de ***"Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá".***

Que la mencionada Empresa es una Entidad Pública, descentralizada de categoría especial del orden Departamental, dotada de personería jurídica, con patrimonio propio y autonomía administrativa y la Secretaría de Salud de Boyacá, solamente cumple funciones de inspección, vigilancia y control.

Que la doctora **DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 46.377.505 expedida en Sogamoso, en su calidad de Gerente designada mediante Decreto No. 315 del 27 de marzo de 2024, es el Representante Legal de la "EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA".

Se expide en Tunja a los dos (02) días del mes de abril de Dos Mil Veinticuatro (2024) a solicitud de la Representante Legal.

OSCAR MANUEL JIMENEZ ESPINOSA

Proyectó: Carlos A. Benítez C.
Profesional Especializado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **46.377.505**

DELGADO JIMENEZ

APELLIDOS

DIANA CATALINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1979**

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

25-JUN-1997 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0727700-00745368-F-0046377505-20150911 0046371652A 1 41996182

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: TH-P04-F02
ACTA DE POSESIÓN DE CARGO		FECHA: 08/Ago/2019

No. _____

En Tunja, a UNO (01) de ABRIL del DOS MIL VEINTICUATRO (2024), se presentó ante el GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA, la doctora DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 46.377.505 EXPEDIDA EN SOGAMOSO, con el objeto de tomar posesión del cargo de GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ, Para el que fue NOMBRADA POR DECRETO No. 315 DEL 27 DE MARZO DE 2024 de la GOBERNACIÓN DE BOYACÁ.

El suscrito GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA le recibió el juramento en la forma legal y bajo su gravedad juró cumplir y servir leal y fielmente los deberes de su cargo.

LA POSESIONADA PRESENTÓ LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

a) Decreto de nombramiento
b) Formato de Hoja de vida y soportes en físico
c) Cédula de ciudadanía
d) Libreta de Servicio Militar
e) Antecedentes de la Procuraduría, Contraloría y de Policia
f) Examen ocupacional de Ingreso

NOTA: ESTA POSESIÓN SURTE EFECTOS FISCALES, LEGALES Y ADMINISTRATIVOS A PARTIR DE LA FECHA Y HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE MARZO DE 2028.

En constancia, se firma la presente diligencia como aparece.

LA POSESIONADA _____

CARLOS ANDRÉS AMAYA RODRÍGUEZ
Gobernador de Boyacá

CAMILO ANDRÉS GUARNIZO ROMERO
Director General de Talento Humano