Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 3**
		CÓDIGO: A-GF-GI-F-003
CONSTANCIA DE RADICACIÓN ANTICIPO CONTRATOS Y CONVENIOS		**FECHA: 24/Jun/2022**

Contrato No. **3458 DE 2024**

Contratista: **ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA**
R/L MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ

Teléfono y Correo Electrónico: hsanfran@esevilladeleyva.com / 3124524119

Periodo Informe Supervisión:

DOCUMENTO	DESTINO
	CENTRAL DE CUENTAS
Constancia de radicación anticipo 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 directas con situación de fondos	X
Copia Contrato o Convenio. (adicionales o modificaciones si los hubiere)	X
Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal	X
Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos en que no se identifique el supervisor en la minuta del contrato o convenio	X
Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y carta de conformación del Consorcial del Interventor	X
Acta de Iniciación de Contrato o Convenio	X
Acta de Aclaración	X
Acta de Suspensión	X
Acta de Reiniciación	X
Planillas aportes en seguridad socia vigente o última pagada a la fecha de suscripción del acta iniciación	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.	X
Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores, cuando aplique	X
Registro Único Tributario. RUT. Impreso o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	X
Resolución o decreto municipal de adición presupuestal de los recursos aportados por 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 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 documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 1498 -2024

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
21 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA _____

DAVIVIENDA

NIT 860034313-7

CERTIFICA

Que la Empresa **E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA**, con Nit. **8918009063** se encuentra vinculada con el Banco Davivienda S.A , Oficina Villa de Leyva , mediante cuenta corriente número 177769999257 actualmente activa y vigente.

Cuenta denominada por la empresa " Convenio Interadministrativo n° 3458 de 2024 celebrado entre el Departamento de Boyacá y la ESE Hospital San Francisco de Villa de Leyva cuyo objeto es financiar los gastos de operación de la prestacion de Servicios de Salud en la ESE Hospital San Francisco de Villa de Leyva para la vigencia 2024 con recursos de Subsidio a la Oferta asignados al Departamento de Boyacá.

Fecha de apertura 23/07/2021

La presente certificación se expide con destino al Deparatmento de Boyacáa los 24 días del mes de Septiembre de 2024 .

Cordialmente ,

DAVIVIENDA
1777 OFICINA VILLA DE LEYVA

ANA ISABEL LOZANO ALVAREZ

Director Administrativo Of . Villa de Leyva

Banco Davivienda .

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Acuerdo No. 007
(septiembre 20 de 2024)

"Por el cual se adiciona el Presupuesto de Ingresos y Gastos de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva para la vigencia fiscal año 2024"

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, en uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO

Que mediante el acuerdo número 011 de fecha diciembre 12 de 2023, se aprobó el presupuesto inicial de ingresos y gastos de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva para la vigencia fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2024.

Que el artículo 232 de la Ley 1955 de 2019, "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022",modificó las competencias a los Departamentos en la prestación de los servicios de salud, indicando que deberán garantizar la contratación y el seguimiento del subsidio a la oferta, entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por ventas de servicios de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno Nacional. Los subsidios a la oferta se financiarán con recursos del Sistema General de Participaciones y con los recursos propios de la Entidad territorial.

Que en el artículo 233 de la ley 1955 de 2019, se modificó el artículo 47 de la ley 715 de 2001, en cuanto a la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, estableciendo la siguiente distribución de acuerdo a los siguientes componentes:

1. El **87%** para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado,
2. El **10%** para el componente de salud pública y ..
3. El **3%** para el Subsidio a la Oferta.

Que con el decreto número 268 de febrero 24 de 2020, se sustituye parcialmente la parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 857 de fecha mayo 29 de 2020, fija los lineamientos para el uso y ejecución de los recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud.

Que con la resolución número 1430 de fecha julio 22 de 2024 el Departamento de Boyacá, a través de sus Secretarios de Hacienda y de Salud respectivamente, establecen la distribución de los recursos del Subsidio a la Oferta asignados a las Empresas Social del Estado del Departamento de Boyacá para la vigencia año 2024.

Que la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, registra recursos asignados según la resolución número 1430 de julio 22 de 2024, por valor de **TRESCIENTOS**

Kilómetro 1 - Vía Arcabuco – Código Postal 154001 – Villa de Leyva - Boyacá
Área Administrativa: 3124524119**–Horario de oficina - Citas médicas: Call Center** 3330333125 **Urgencias:** 3212164907
Página WEB. www.hospitaldevilladeleyva.gov.co **Correo electrónico.** hsanfran@esevilladeleyva.com

"Según Nuestra Política Ambiental utilizamos papel reciclado"

MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE ($300.473.873).

Que el Departamento de Boyacá y la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, suscriben el convenio interadministrativo número **3458** de fecha septiembre 18 de 2024 y cuyo objeto es ¨**Financiar los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva para la vigencia año 2024 con recursos del Subsidio a la Oferta asignados al Departamento de Boyacá,** por valor de **TRESCIENTOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE ($300.473.873).**

Que para dar cumplimiento a la asignación de recursos para el rubro de mantenimiento según el artículo 189 de la ley 100 y el decreto 1769 de 1994, se adicionarán recursos por recuperación de cartera de vigencias anteriores con corte a agosto 31 de 2024, por un valor de **DIECISEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($16.000.000)**, según certificación adjunta emitida por la Tesorera.

Que los valores descritos en los considerandos anteriores y cuyo valor total ascienden a **TRESCIENTOS DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE ($316.473.873),** se adicionarán a los rubros deficitarios del Presupuesto de Gastos de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.

Que, de acuerdo a los considerandos anteriores, se hace necesario adicionar el presupuesto de Ingresos y Gastos de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva en los siguientes rubros presupuéstales del presupuesto de ingresos y de gastos para la vigencia año 2024 según los siguientes conceptos:

INGRESOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	Ingresos	316.473.873
1.1	Ingresos Corrientes	316.473.873
1.1.02	Ingresos no tributarios	316.473.873
1.1.02.05	Venta de bienes y servicios	16.000.000
1.1.02.05.001	Ventas de establecimientos de mercado	16.000.000
1.1.02.05.001.09	Servicios para la comunidad, sociales y personales	16.000.000
1.1.02.05.001.09.02	Venta de servicios de salud	16.000.000
1.1.02.05.001.09.02.01	Régimen subsidiado	16.000.000
1.1.02.05.001.09.02.01.03	Régimen subsidiado vigencia anterior	16.000.000
1.1.02.06	Transferencias corrientes	300.473.873
1.1.02.06.006	Transferencias de otras entidades del Gobierno General	300.473.873
1.1.02.06.006.06	Otras unidades de Gobierno	300.473.873
1.1.02.06.006.06.01	Subsidio a la Oferta vigencia actual	300.473.873

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
FECHA	José Aledy Salazar Giraldo	María Eugenia Montejo Páez	María Eugenia Montejo Páez
CARGO	Contador	Gerente	Gerente

GASTOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
2	**Gastos**	**316.473.873**
2.1	**Funcionamiento**	**16.000.000**
2.1.2	**Adquisición de bienes y servicios**	**16.000.000**
2.1.2.02	**Adquisiciones diferentes de activos**	**16.000.000**
2.1.2.02.02	**Adquisición de servicios**	**16.000.000**
2.1.2.02.02.008	**Servicios prestados a las empresas y servicios de producción**	**16.000.000**
2.1.2.02.02.008.03.13	Sistema de redes	16.000.000
2.4	**Gastos de operación comercial**	**300.473.873**
2.4.5	**Gastos de comercialización y producción**	**300.473.873**
2.4.5.02	**Adquisición de servicios**	**300.473.873**
2.4.5.02.09	**Servicios para la comunidad, sociales y personales**	**300.473.873**
2.4.5.02.09.001	Remuneración servicios técnicos y profesionales	300.473.873

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Adicionar el presupuesto de Ingresos de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva aprobado para la vigencia fiscal año 2024 por un valor de **TRESCIENTOS DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE ($316.473.873),** según los siguientes conceptos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	**Ingresos**	**316.473.873**
1.1	**Ingresos Corrientes**	**316.473.873**
1.1.02	**Ingresos no tributarios**	**316.473.873**
1.1.02.05	**Venta de bienes y servicios**	**16.000.000**
1.1.02.05.001	**Ventas de establecimientos de mercado**	**16.000.000**
1.1.02.05.001.09	**Servicios para la comunidad, sociales y personales**	**16.000.000**
1.1.02.05.001.09.02	**Venta de servicios de salud**	**16.000.000**
1.1.02.05.001.09.02.01	**Régimen subsidiado**	**16.000.000**
1.1.02.05.001.09.02.01.03	Régimen subsidiado vigencia anterior	16.000.000
1.1.02.06	**Transferencias corrientes**	**300.473.873**
1.1.02.06.006	**Transferencias de otras entidades del Gobierno General**	**300.473.873**
1.1.02.06.006.06	**Otras unidades de Gobierno**	**300.473.873**
1.1.02.06.006.06.01	**Subsidio a la Oferta vigencia actual**	300.473.873

ARTÍCULO SEGUNDO: Adicionar el presupuesto de Gastos de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva aprobado para la vigencia fiscal año 2024 por un valor de **TRESCIENTOS DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE ($316.473.873,** según los siguientes conceptos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
2	**Gastos**	**316.473.873**
2.1	**Funcionamiento**	**16.000.000**
2.1.2	**Adquisición de bienes y servicios**	**16.000.000**
2.1.2.02	**Adquisiciones diferentes de activos**	**16.000.000**

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
FECHA	**José Aledy Salazar Giraldo**	**María Eugenia Montejo Páez**	**María Eugenia Montejo Páez**
CARGO	**Contador**	**Gerente**	**Gerente**

2.1.2.02.02	**Adquisición de servicios**	**16.000.000**
2.1.2.02.02.008	**Servicios prestados a las empresas y servicios de producción**	**16.000.000**
2.1.2.02.02.008.03.13	Sistema de redes	16.000.000
2.4	**Gastos de operación comercial**	**300.473.873**
2.4.5	**Gastos de comercialización y producción**	**300.473.873**
2.4.5.02	**Adquisición de servicios**	**300.473.873**
2.4.5.02.09	**Servicios para la comunidad, sociales y personales**	**300.473.873**
2.4.5.02.09.001	Remuneración servicios técnicos y profesionales	300.473.873

ARTÍCULO TERCERO: El presente acuerdo rige a partir del 20 de septiembre del año 2024 y requiere de la aprobación de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Villa de Leyva a los veinte (20) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024).

LUIS MIGUEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Presidente Junta Directiva (E)

MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ
Secretaria Junta Directiva

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
FECHA	**José Aledy Salazar Giraldo**	**María Eugenia Montejo Páez**	**María Eugenia Montejo Páez**
CARGO	**Contador**	**Gerente**	**Gerente**

	FORMATO	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-026
ACTA DE INICIACIÓN CONVENIO		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA: 25 DE SEPTIEMBRE DE 2024			
CONVENIO No:	3458 DE 2024		
REGISTRO BPyP No.:	2024 00415 0144		
CONTRATANTE:	**GOBERNACIÓN DE BOYACÁ**	NIT.	**891.800.498-1**
CONTRATISTA:	**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA** **R/L MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ**	NIT CC	**891.800.906-3** **40.041.650**
SUPERVISOR:	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		

OBJETO: FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA

VALOR:	TRESCIENTOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS ($300.473.873,00) M/CTE.
APORTE DEL DEPARTAMENTO:	TRESCIENTOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS ($300.473.873,00) M/CTE.
APORTE DE LA ENTIDAD CON QUE SE SUSCRIBE CONVENIO:	$ 0,00
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Hasta 31 de diciembre de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2024

En constancia se firma por los que en ésta intervinieron, dejando constancia que se han reunido todos y cada uno de los requisitos necesarios tanto para la legalización del convenio como para su ejecución.

Firma: _____
Nombre: SONIA YANETH MANRIQUE HURTADO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ R/L
CONTRATISTA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141010250052

(415)7707212489984(8020) 000014101025005 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	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 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Villa de Leyva 4 0 7

41. Dirección principal
KM 1 VIA ARCABUCO

42. Correo electrónico hsanfran@esevilladeleyva.com

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

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	2 0 1 3 0 1 2 3							

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																

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

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 - 11 / 11 : 17: 56

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 MONTEJO PAEZ MARIA EUGENIA

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: 141010250052

(415)7707212489984(8020) **000014101025005 2**

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 9 0 7 1 5
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 3	2 0 1 7 0 1 0 2		-
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: 141010250052

(415)7707212489984(8020) **000014101025005 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	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 0 0 4 1 6 5 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MONTEJO	PAEZ	MARIA	EUGENIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141010250052

(415)7707212489984(8020) **000014101025005 2**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

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

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

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

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SALAZAR	GIRALDO	JOSE	ALEDY

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

NIT 891800906-3

KM 1 VIA ARCABUCO CEL. 3124524119
Villa de Leyva - Boyacá

Cod. IPS: 154070084101

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764076228159 con vigencia del 2024-07-31 al 2026-07-31. Numeración habilitada del 200001 al300000 y prefijo SFFE

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SFFE- 208385

Fecha Factura:	25/09/2024	
Fecha Vencimiento:	25/10/2024	
Fecha Validación DIAN:	25/09/2024	11:04:00
Fecha Inicial:	25/09/2024	
Fecha Final:	25/09/2024	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 9067d19dd00c8213e6f9a0240c1fd43d32dc8d3cffb082541406c9050b9b23f06f53b0cdea7b16ee85ed99625c00f23c

Elaborado por: ADMINISTRADOR SISTEMA

Administradora: DEPARTAMENTO DE BOYACA
Nit: 891.800.498-1
Convenio: CONTRATO2099 - 3458-2024
Representante: Carlos Andrés Amaya Rodríguez
Fecha Convenio: 01/01/2024 a 31/12/2024 **Teléfono:** 7424820

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 30
Cobertura: Cobertura Salud Pública
Contratacion: Pago por tipo de servicio

OBSERVACIONES:

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO Nª 3458 DE 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA CUYO OBJETO ES FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERT ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Valor en Letras:

DOSCIENTOS DIEZ MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS ONCE PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	210,331,711.00
DESCUENTO	0.00
TOTAL A CANCELAR	210,331,711.00

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PACIENTES

REPRESENTANTE LEGAL

HSF – 094-24

INFORME ESPECIAL

CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 789 DE 2002

GOBERNACION DE BOYACA

Nosotros Gerente y Contador Público de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, certificamos que se ha efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, la cual se encuentra al día en sus aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar), correspondiente al periodo comprendido entre el 1° al 30 de septiembre del año 2024. El pago de estos aportes es responsabilidad de la Administración de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar, correspondiente al periodo comprendido del 1° al 30 de septiembre del año 2024, preparado por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, y
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.
4. Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente sobre el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 1° al 30 de septiembre del año 2024, comunico que, a la fecha del presente informe, la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).

MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ
Gerente

JOSE ALEDY SALAZAR GIRALDO
Contador Público **T.P 93955T**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7171463

SALAZAR GIRALDO
APELLIDOS

JOSE ALEDY
NOMBRES

José Aledy Salazar G.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1976
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

31-OCT-1994 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0700100-33096421-M-0007171463-20020207 00032 02038A 02 107569884

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

BF9307928E898B96

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 **JOSE ALEDY SALAZAR GIRALDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7171463 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 93955-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

****
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de Julio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

banco popular

WWW.BANCOPOPULAR.COM.CO

Pago en Línea

Empresa: **ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO**

Tipo Identificación: **NIT Persona Jurídica** **No. Identificación:** **891800906**

Generado por: **niny johana puentes cuca**

A continuación el detalle de: Pagos Virtuales PSE - Pagar

Número Autorización	104431
Empresa:	COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Factura	80581006
Referencia de Pago 1	0
Valor a Pagar	$22,337,800.00
Fecha Transacción	2024/09/30
Estado	Exitosa
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Nombre Producto Origen	CTE0444 GENERAL
No. Producto	*****0444

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	891800906-3	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO D		KM 1 VIA ARCABUCO	3108162729	hsanfran@esevilladeleyva.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOYACÁ	VILLA DE LEYVA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E		80581006	$22.337.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	3.233.800	0		0		0	0	0	0	3.233.800	6
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	607.800	0		0		0	0	0	0	607.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.422.200	0		0		0	0	0	0	1.422.200	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.681.800	0		0		0	0	0	0	1.681.800	4

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	3.779.500	0	0	0	0	0	0		3.779.500	6
231001	Colfondos	800227940-6	290.200	0	0	0	0	0	0		290.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	4.820.400	0	0	38.500	38.500	0	0		4.897.400	8

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.354.100				1.354.100	0	0	1.354.100			13.541	1.354.100	15

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF10	Comfaboy	891800213-8	2.253.500	0	0	2.253.500	15

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.127.100	0	0	1.127.100	15
ICBF				
1.690.400	0	0	1.690.400	15
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	6.945.600	6.945.600
Pensión	3	8.967.100	8.967.100
Riesgos Laborales	1	1.354.100	1.354.100
CCF	1	2.253.500	2.253.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	1.690.400	1.690.400
MEN	0	0	0
SENA	1	1.127.100	1.127.100
TOTALES	11	22.337.800	22.337.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	891800906-3	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO D		KM 1 VIA ARCABUCO	3108162729	hsanfran@esevilladeleyva.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOYACÁ	VILLA DE LEYVA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					15	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E		80581006	$22.337.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000858161	CARDOSO POLANIA PAULA JIMENA	1	0			N																	25-14	2.869.333	459.100	0	0	0	0	EPS037	2.869.333	358.700	14-23	2.869.333	3	69.900	CCF10	2.869.333	114.800	2.869.333	57.400	86.100	0	0
2	CC	1016089428	AGUIAR RODRIGUEZ ANGIEE JULIANA	1	0			N																	230301	4.204.038	672.700	0	0	0	0	EPS017	4.204.038	525.600	14-23	4.204.038	3	102.500	CCF10	4.204.038	168.200	4.204.038	84.100	126.200	0	0
3	CC	1061758383	PAREDES OCAMPO ANDRES ALEJANDRO	1	0			N								X									25-14	4.119.124	659.100	0	0	0	0	EPS037	4.119.124	514.900	14-23	4.119.124	3	100.400	CCF10	4.119.124	164.800	4.119.124	82.400	123.600	0	0
4	CC	1067721206	HOYOS PERDOMO YHERALDIN	1	0			N																	230301	4.994.603	799.200	0	0	0	0	EPS005	4.994.603	624.400	14-23	4.994.603	3	121.700	CCF10	4.994.603	199.800	4.994.603	99.900	149.900	0	0
5	CC	23553907	GUECHA DE BECERRA BLANCA LILIA	1	0			N																	231001	1.813.335	290.200	0	0	0	0	EPS017	1.813.335	226.700	14-23	1.813.335	3	44.200	CCF10	2.067.793	82.800	2.067.793	41.400	62.100	0	0
6	CC	23691320	PUENTES CUCA NINY JOHANA	1	0			N																	25-14	3.212.281	514.000	0	0	0	0	EPS017	3.212.281	401.600	14-23	3.212.281	3	78.300	CCF10	3.212.281	128.500	3.212.281	64.300	96.400	0	0
7	CC	7127467	REYES TORRES ANGEL URIEL	1	0			N																	25-14	2.146.058	343.400	0	0	0	0	EPS017	2.146.058	268.300	14-23	2.146.058	3	52.300	CCF10	2.400.516	96.100	2.400.516	48.100	72.100	0	0
8	PT	2757576	AIZPURUA PRIMERA CARLOS LUIS	1	0			N								X									230301	4.127.480	660.400	0	0	0	0	EPS037	4.127.480	516.000	14-23	4.127.480	3	100.600	CCF10	4.127.480	165.100	4.127.480	82.600	123.900	0	0
9	CC	1049646166	AVILA BARON LAURA DANIELA	1	0			N								X									230301	4.290.723	686.600	0	0	0	0	EPS005	4.290.723	536.400	14-23	4.290.723	3	104.600	CCF10	4.290.723	171.700	4.290.723	85.900	128.800	0	0
10	CC	1002436393	PRIETO ROBLES LIGIA LUZDEY	1	0			N								X									230301	3.123.597	499.800	0	0	0	0	EPS005	3.123.597	390.500	14-23	3.123.597	3	76.100	CCF10	3.123.597	125.000	3.123.597	62.500	93.800	0	0
11	CC	1192914694	GARIZABAL GOMEZ ANA DE JESUS	1	0			N								X									230301	2.879.794	460.800	0	0	0	0	EPS005	2.879.794	360.000	14-23	2.879.794	3	70.200	CCF10	2.879.794	115.200	2.879.794	57.600	86.400	0	0
12	CC	1049658249	BARON CASTRO ALISON VIVIANN	1	0			N								X									25-14	4.862.053	778.000	0	0	0	0	EPS008	4.862.053	607.800	14-23	4.862.053	3	118.500	CCF10	4.862.053	194.500	4.862.053	97.300	145.900	0	0
13	CC	40020302	MOLINA ACOSTA LUZ MARINA	1	0			N								X									25-14	2.885.702	461.800	0	0	0	0	EPS005	2.885.702	360.800	14-23	2.885.702	3	70.300	CCF10	2.885.702	115.500	2.885.702	57.800	86.600	0	0
14	CC	40032208	ESPITIA TOLOSA NANCY	1	0			N																	25-14	2.337.037	374.000	0	0	0	0	EPS037	2.337.037	292.200	14-23	2.337.037	3	57.000	CCF10	2.591.495	103.700	2.591.495	51.900	77.800	0	0
15	CC	40041650	MONTEJO PAEZ MARIA EUGENIA	1	0			N																	25-14	7.693.153	1.231.000	0	0	38.500	38.500	EPS005	7.693.153	961.700	14-23	7.693.153	3	187.500	CCF10	7.693.153	307.800	7.693.153	153.900	230.800	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información