Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRAT	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	7	11	2024		1	10	2024		31	12	2024

SECRETARIA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CEDULA O NIT
SS-CDCVI 1101-24	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	860037592-9
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR			CORREO ELECTRONICO
	3127123233			htenjo@cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*		*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592 - 9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	1) La suma de CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES DOCE MIL VEINTITRÉS PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 138.012.023,00), con la suscripción del acta inicio; 2) El segundo desembolso por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 18.244.341,00) 3) Tres desembolsos mensuales por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 18.244.339,00) 4) El sexto desembolso por un valor de ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 11.367.327,00) previo el giro de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Tesorería de la Secretaría de Salud de Cundinamarca conforme a los informes mensuales de avance de ejecución, del balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E. suscrito por el supervisor del Convenio 5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 6.877.012,00) para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance final financiero y de cumplimiento de las obligaciones; y se suscriba el acta de liquidación entre las partes En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3604	NOMBRE DEL FONDO	Devoluciones SGP subsidio a la oferta Ex	VALOR DEL PAG	$ 1.901.077
PAGO N°	1 DE 7	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°		34500002343		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 229.233.720,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
BIENES	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 1.901.077
TOTAL		$ 229.233.720	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 1.901.077
			SALDO POR EJECUTAR	$ 227.332.643

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
12	09	2024	4600025515

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
7	10	24	Karina Amparo Sanchez Plazas

EL CONTRATISTA CUMPLIO A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO	Día	Mes	Año	# INFORME	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			7	11	2024	1		1	10	2024	31	10	2024
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión				Terminación Anticipada		Supervisión			No Aplica		X
OBSERVACIONES (si se requiere)														

SUPERVISOR/INTERVENTOR		AREA JURIDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE	Ivan Alberto Puerto Garzón	NOMBRE:	Diego Fernando Charry Ballesteros	NOMBRE:	Neidy Adriana Tinjaca Rueda
CARGO Y DEPENDENCIA	Profesional Universitario	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA		FIRMA:	

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRAT	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	7	11	2024		1	10	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI 1101-24	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	860037592-9
TELEFONO FIJO	NUMERO CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO
	3127123233			htenjo@cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592 - 9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	1) La suma de CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES DOCE MIL VEINTITRES PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 138.012.023 00), con la suscripción del acta inicio. 2) El segundo desembolso por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 18.244.341,00) 3) Tres desembolsos mensuales por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 16.244.339,00) 4) El sexto desembolso por un valor de ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 11.367.327,00) previo el giro de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Tesorería de la Secretaría de Salud de Cundinamarca conforme a los informes mensuales de avance de ejecución, del balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, suscrito por el supervisor del Convenio.5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 5.877.012,00) para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance final financiero y de cumplimiento de las obligaciones, y se suscriba el acta de liquidación entre las partes. En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3601	NOMBRE DEL FONDO	SGP Salud oferta intereses	ALOR DEL PAG	$ 1.747.118
PAGO N°	1 DE 7	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°		34500002343		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 229.233.720,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
RECURSO	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 1.747.118
			VR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 3.648.195
TOTAL		$ 229.233.720	SALDO POR EJECUTAR	$ 225.585.525

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
12	09	2024	4600025515

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
7	10	24	Karina Amparo Sanchez Plazas

EL CONTRATISTA CUMPLIO A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO	Dia	Mes	Año	# INFORME	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				7	11	2024	1		1	10	2024	31	10	2024
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión			Terminación Anticipada			Supervisión			No Aplica		X
OBSERVACIONES (si se requiere)														

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	Ivan Alberto Puerto Garzón	NOMBRE:	Diego Fetmando Charry Ballesteros	NOMBRE:	Neidy Adriana Tinjaca Rueda
CARGO Y DEPENDENCIA:	Profesional Universitario	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRAT	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	7	11	2024		1	10	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI 1101-24	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	860037592-9
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO
	3127123233			htenjo@cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592 - 9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	1) La suma de CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES DOCE MIL VEINTITRÉS PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 138.012.023,00), con la suscripción del acta inicio; 2) El segundo desembolso por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 18.244.341,00). 3) Tres desembolsos mensuales por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 18.244.339,00) 4) El sexto desembolso por un valor de ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 11 367 327,00) previo el giro de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Tesorería de la Secretaría de Salud de Cundinamarca conforme a los informes mensuales de avance de ejecución, del balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, suscrito por el supervisor del Convenio.5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 6 877.012,00) para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance final financiero y de cumplimiento de las obligaciones; y se suscriba el acta de liquidación entre las partes. En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3600	NOMBRE DEL FONDO	SGP Salud oferta	ALOR DEL PAG	$ 134.363.828
PAGO N°	1 DE 7	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°		34500002343		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 229.233.720,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
DISTRITO	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 134.363.828
TOTAL		$ 229.233.720	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 138.012.023
			SALDO POR EJECUTAR	$ 91.221.697

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
12	09	2024	4600025515

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
7	10	24	Karina Amparo Sanchez Plazas

EL CONTRATISTA CUMPLIO A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO	Día	Mes	Año	# INFORME	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			7	11	2024	1		1	10	2024	31	10	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	Ivan Alberto Puerto Garzón	NOMBRE:	Diego Fernando Charry Ballesteros	NOMBRE:	Neidy Adriana Tinjaca Rueda
CARGO Y DEPENDENCIA:	Profesional Universitario	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

E.S.E.HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

NIT 860.037.592-9

Calle 3 No 6-31 Telefax: 8654118

Tenjo (C/Marca)

Cod. IPS: 257990005601

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764053074808 con vigencia del 04-08-2023 al 04-08-2024. Numeración habilitada del 300001 al 350000 y prefijo HSRT

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSRT-326604

Fecha Factura:	24/10/2024	
Fecha Vencimiento:	24/10/2024	
Fecha Validación DIAN:	24/10/2024	15:17:00
Fecha Inicial:	24/10/2024	
Fecha Final:	24/10/2024	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 5a5aef4dd653856c6335fbb50c7584ad9dfe70c48a376296becc9d4f45ce332c8e847c5f25d9f49a7f7a86fc508e468d

Elaborado por: CNT

Administradora: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Nit: 899999114 - 0
Convenio: SS-CDCTI-1101-2 -
Fecha Convenio: 01/01/2016 A 31/12/2024
Contratacion: Por servicio

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura entidad territ

CC 899999114 DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD

Tipo Usuario: Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	Nº Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI	Descripcion	Cant	Vl Unit	Vl Total	Copago	Saldo
1130849	24/10/20						Convenio Interadministrativo SS-CDCTI-1101-	1.00	138,012,023 00	138,012,023	0	138,012,023
									Total Paciente	138,012,023	0	138,012,023

OBSERVACIONES: SEGUN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-1101-2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

Valor en letras: CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES DOCE MIL VEINTITRES PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	138,012,023
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	138,012,023

Certificado
Bancario

Jueves, 7 de noviembre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO identificado(a) con NIT 860037592, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	34500002343	2024/07/17	ACTIVA	.00

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Versión: 6
		Fecha: 11/junio/2024

FECHA: DÍA 17 | MES 07 | AÑO 2024 — Marcar sólo una opción — 1. CREACIÓN [ ] — 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

1. SECRETARÍA	SALUD	
2. CONTRATO(S)		AÑO 2024
3. OC/MEC		AÑO 2024

DATOS PERSONALES

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			
5. IDENTIFICACIÓN NIT	NIT	No	860037592	DV 9
6. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	ALEJANDRO RIVERA MOYA			
7. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía	No	79242113	DV 1
8. DIRECCIÓN PRINCIPAL	Calle 3 N 6 - 31			
9. DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO	Cundinamarca-Tenjo			
10. TELÉFONO	3108659363	CELULAR	3108659363	
11. CORREO ELECTRÓNICO	Indicativo tenjo@cundinamarca.gov.co			

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

12. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Bancolombia S.A Cód 07		
13. No. CUENTA BANCARIA	345000002343	14. TIPO	Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

15. CLASE	Jurídica		
16. CERTIFICACIÓN REPRESENTACIÓN	No aplica	No	
	La información de dependiente económico sólo lo diligencia la persona natural, si le aplica		
17. NATURALEZA	Pública	¿CUAL?	
18. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA		
19. CALIDAD CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE No — No. RESOLUCIÓN	AUTORRETENEDOR RENTA No — No. RESOLUCIÓN	
	AUTORRETENEDOR IVA No — No. RESOLUCIÓN	AUTORRETENEDOR ICA No — No. RESOLUCIÓN	
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO Si — OTRA [ ] — ¿CUAL?		
20. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL	8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación	
	SECUNDARIA		
21. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL		
	SECUNDARIA		

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co .

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad	SI
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	No
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	No
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

ALEJANDRO RIVERA MOYA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

79242113
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

22. RUBRO	ASER - ADQUISICION SERVICIOS		
23. CUENTA AXCUN	2401010312 Bienes y servicios Salud	¿CUAL?	
24. GRUPO DE PROVEEDOR	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales		
25. MAPA DE PAGO	Y Transferencia Salud		

INDICADORES DE RETENCIÓN

26. RETEFUENTE	TARIFA 1	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
27. RETEIVA	TARIFA 1	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
28. RETENCIÓN ICA	R005 Retefva aplicable a compras 15%	
	R007 Retefva aplicable a servicios 15%	
29. CONTRIBUCIONES PARAFISCALES	TARIFA 1	
30. ESTAMPILLAS		
31. OTROS	OR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%	

FECHA: DÍA 27 | MES 07 | AÑO 2024

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

REVISADO POR:

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CDCVI-1101-2024	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.10.2024 hasta el 31.10.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	07.11.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE
NIT / C.C.:	8600375929
Supervisor:	IVAN ALBERTO PUERTO GARZON
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Objeto del Contrato o Convenio:	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592 - 9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	04.09.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	01.10.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100054328
Registro Presupuestal	4600025515
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$229,233,720
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$229,233,720
Plazo de Ejecución Inicial	31.12.2024
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	31.12.2024
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	31.12.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	N.A.
Garantía de Cumplimiento	N.A.
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N.A.

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 60%

1.Suscribir acta de inicio
Se suscribió acta de inicio con fecha 1 de octubre de 2024
2.Apertura una cuenta bancaria EXCLUSIVA para el manejo de los recursos del SGP - Subsidio a la Oferta, la cuenta bancaria se denominará "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", y aportar la correspondiente certificación bancaria para el desembolso de los recursos.
La ESE realizo la apertura de la cuenta bancaria N. 3450002343 de bancolombia.

08 NOV 2024

3.Efectuar los ajustes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente para la incorporación de los recursos de acuerdo con el objeto del presente convenio y su destinación en el marco de la Ley 1955 de 2019 y la Resolución 484 de 2024.
La ESE realizo los ajuntes correspondientes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente para la incorporación de los recursos de acuerdo con el objeto del presente convenio mediante Acuerdo N. 026 de 2024.
4.Aportar copia del Acuerdo de Junta Directiva firmado donde se aprueba la incorporación de los recursos del presente convenio al presupuesto de la entidad.
Se anexa copia del Acuerdo N. 026 de 2024.
5.Aportar copia de la resolución del CONFISCUN, donde se modifica el presupuesto de ingresos y gastos incorporando los recursos del convenio al presupuesto de la entidad en los términos establecidos en la Ordenanza 227 de 2014 o las normas que apliquen.
6.Carta del representante legal de la ESE, dirigida al supervisor de cómo se utilizaran los recursos conforme al objeto del convenio SGP 2024 únicamente para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la Empresa Social del Estado en las sedes de los municipios con monopolio de servicios trazadores de acuerdo a los términos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7.Gestionar lo pertinente para la adecuada ejecución de los recursos objeto del presente convenio durante la vigencia fiscal 2024.
8.Presentar ante el Supervisor del Convenio, certificación de aportes al sistema de seguridad social: salud pensión y Riesgos profesionales, y del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje, expedida por el Revisor Fiscal de la ESE, cuando haya lugar a ello.
9.Designar un funcionario responsable del seguimiento a la ejecución oportuna del convenio que efectuará el seguimiento al cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte del mismo por parte de la ESE.
10.Aportar al supervisor el informe trimestral para evaluar los indicadores y metas pactados en el presente convenio conforme a la RESOLUCIÓN 1552 DE 2013, RESOLUCIÓN NO.256 DEL 2016 Y RESOLUCIÓN 408 DE 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. De GESTIÓN DE CALIDAD, GESTIÓN DE PRODUCCIÓN, GESTIÓN FINANCIERA de conformidad a los parámetros y formatos establecidos por la Dirección de Aseguramiento, con base al registro del resultado de los indicadores esperados; durante la vigencia de este convenio. Firmados por el Representante Legal y /o Revisor Fiscal o Contador según corresponda.
11.Garantizar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO con NIT 860037592-9, con la consecuente prestación de servicios de salud en las sedes con monopolio de servicios trazadores de: TENJO, ejecutando los recursos conforme a la asignación contenida en el siguiente detalle:
Sede monopolio3-360/SGP - Subsidio a la oferta4-3601/Excedentes rendimientos4-3604/ Excedentes devolucionesTotal general
SEDE TENJO225.585.525,001.747.118,001.901.077,00229.233.720,00
Total 225.585.525,001.747.118,001.901.077,00229.233.720,00
12.Gestionar los indicadores de CALIDAD, PRODUCCIÓN y FINANCIERA de la siguiente manera para cada una de las sedes:
ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO
SEDE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO
IndicadoresLínea base
Cómo cerró a 31 Dic. 2023Meta
Esperada a 31 Dic. 2024
5.1 Gestión de calidad:
5.1.1 Para instituciones con servicios de baja complejidad:
a. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.2,609<= 3 días
5.1.2 Para instituciones con servicios de mediana y alta complejidad:
a. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina especializada de pediatría.
2,37 días<= 5 días
b. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina especializada en medicina interna.N/A<= 15 días
c. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas en ginecobstetricia.1,75 días<= 8 días
5.2 Gestión de producción:
5.2.1 Funcionamiento de los servicios habilitados reportados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.Servicios en funcionamiento (23)
¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬Servicios habilitados REPS (23)Proyectado a habilitar 6 servicios a 2024 para un total de 29 servicios
5.3 Gestión financiera:
Programación trimestral1 trimestre2 trimestre3 trimestre4 trimestre
5.3.1 Determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede, con periodicidad trimestral.
1.499.649.8891.734.950.0912.885.756.5922.569.407.267
5.3.2 Determinar los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.1.648.181.4701.823.819.526
2.857.654.2982.333.834.198
13.En caso de que se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el presente convenio, para garantizar la continuidad efectiva del giro de recursos, pactados en el presente convenio; la E.S.E deberá formular un plan de mejora y realizar el seguimiento hasta que se obtenga el cumplimiento para cada una de las sedes hasta el informe final previa liquidación del convenio.
14.Presentar un informe mensual al supervisor, sobre los avances de la ejecución de los recursos recibidos para cada una de las sedes en los gastos de personal y la adquisición de bienes y servicios para la operación corriente, con los soportes correspondientes para el seguimiento del mismo, firmados por el Representante Legal y /o Revisor Fiscal o Contador según corresponda.
15.Presentar el informe final del cumplimiento de los indicadores y metas y de los planes de mejora cuando aplique, dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del término de ejecución del convenio a fin de proceder a su liquidación.
16.En caso de incumplimiento de los indicadores y metas pactadas para la liquidación del presente convenio la E.S.E deberá suscribir un oficio firmado por el Representante Legal, y adicional un nuevo plan de mejora donde se compromete a su cumplimiento en la en la siguiente vigencia, con el fin de garantizar la prestación de los servicios y salvaguardar los recursos públicos.
17.Asignar el personal el apoyo asistencial, logístico y administrativo que se requiera desde la sede principal cuando el supervisor y personal de apoyo realicen el seguimiento técnico, administrativo, legal y financiero objeto del convenio.

18.Al cierre de la vigencia fiscal, los recursos que no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio se mantendrán como subsidio a la oferta, así como los rendimientos que se generen (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación para gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la Empresa Social del Estado, para la prestación de servicios de salud de las sedes monopolio para lo cual esta deberá efectuar los ajustes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente.
19.Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar la E.S.E.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE EFECTUA EL 1 PAGO POR VALOR DE $138.012.023 CONTRA FIRMA DE ACTA DE INICIO, TAL Y COMO SE EVIDENCIA EN LA CLAUSULA DE FORMA DE PAGO.

IVAN ALBERTO PUERTO GARZON
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

NB

0 8 NOV 2024

Gobernación de Cundinamarca

CERTIFICACION – 029- 2024

EL SUPERVISOR DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1101-2024

CERTIFICA

Que teniendo en cuenta la Resolución No. 484 de 2024 "Por la cual se fijan los lineamientos para el uso y ejecución de los recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta del Sistema General de Participaciones en Salud y deroga la Resolución 857 de 2020, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría de Salud de Cundinamarca suscribió el Convenio Interadministrativo SS-CDCVI-1101-2024 con EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO cuyo objeto es: FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592 - 9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024.así como cumplir con los indicadores de calidad, de producción y metas financieras acordadas con el Ente Territorial, en virtud de lo señalado en el **Artículo 5. Indicadores y metas** de la Resolución No. 484 de 2024, mediante la ejecución de los recursos de subsidio a la oferta asignados, por la suma Docientos veintinueve millones doscientos treinta y tres mil setecientos veinte pesos $229.233.720.oo

Que conforme a lo previsto en la Resolución 2398 de 2024 para las sedes de esta ESE identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social como sede monopolio de servicios trazadores, con los recursos asignados del Sistema General de Participaciones (SGP) en el Subcomponente de subsidio a la oferta para la vigencia 2024.

Se efectuó el primer giro a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO , la suma ciento treinta y ocho millones doce mil veintitrés pesos m/cte ($ 138.012.023).

Dada en la ciudad de Bogotá D.C. el día 5 del mes de noviembre 2024.

IVAN ALBERTO PUERTO GARZON
Supervisor del Convenio

ACUERDO Nº 26
(08 de octubre de 2024)

"POR MEDIO DEL CUAL SE VIABILIZA MODIFICACIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024"

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

En uso de las atribuciones legales establecidas en el Decreto Ordenanzal Numero 00256 de 2008 y, la Ordenanza No. 0103-2023 del 21 de febrero de 2023 y,

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

Que el Artículo primero del decreto ordenanzal Numero. 00256 de 2008, indica: "*transformar a partir de la vigencia del presente Decreto el Hospital "Santa Rosa de Tenjo", en una Empresa Social del Estado, entendida como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca o quien haga sus veces (...)*"

Que el Artículo Octavo del decreto Ordenanzal Numero 00256 de 2008, establece que, "*La dirección de la Empresa Social del Estado Hospital SANTA ROSA DE TENJO, estará a cargo de una junta directiva y un gerente", así mismo, en el numeral 18.15 del artículo decimoctavo establece que, son funciones del gerente "Presentar para la aprobación de la Junta Directiva el plan trianual, los programas anuales desarrollo de la Empresa y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y normas reglamentarias.*"

Que el TÍTULO OCTAVO - EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO, SOCIEDADES DE ECONOMÍA MIXTA Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO - DE LA ORDENANZA No. 0103-2023, - "por la cual se expide el estatuto orgánico de presupuesto del Departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones", regula lo relativo al régimen presupuestal de las empresas industriales y comerciales, las sociedades de economía mixtas sujetas al régimen de aquellas dedicadas a actividades no financieras y las Empresas Sociales del Estado del orden departamental, determinando la forma en que se presenta, elabora, aprueba, conforma, modifica y ejecuta su presupuesto.

Que conforme al numeral 4 del artículo 119 y el artículo 157 de la Ordenanza No. 0103-2023 *"Por la cual se expide el Estatuto Orgánico de Presupuesto del Departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones"*, el Consejo

Gobernación de Cundinamarca

AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO: CI - 2024331983
ASUNTO: Concepto Técnico E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO
DEPENDENCIA: 266 - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA SS

SSC – DAF - PPTO – 0502
Bogotá, 2024/09/30

Señores
Junta Directiva
E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

REFERENCIA: Concepto Técnico

Apreciados Señores:

La E.S.E. presentó la siguiente modificación al presupuesto de la vigencia 2024 así:

DENOMINACION RUBRO PRESUP/TAL	*PRESUPUESTO APROBADO*	MODIFICACIONES		PRESUPUESTO AJUSTADO
		CREDITO O ADICION	CONTRACREDITO O REDUCCION	
PRESUPUESTO DE INGRESOS				
- DISPONIBILIDAD INICIAL	*357.119.537*	-	-	*357.119.537*
- INGRESOS CORRIENTES	*8.492.359.557*	*229.233.720*	-	*8.721.593.277*
- RECURSOS DE CAPITAL	-	-	-	-
TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS	***8.849.479.094***	***229.233.720***	-	***9.078.712.814***

DENOMINACION RUBRO PRESUP/TAL	*PRESUPUESTO APROBADO*	MODIFICACIONES		PRESUPUESTO AJUSTADO
		CREDITO O ADICION	CONTRACREDITO O REDUCCION	
PRESUPUESTO DE GASTOS				
FUNCIONAMIENTO	*2.728.620.588*		-	2.728.620.588
INVERSION	*293.733.639*	-	-	293.733.639
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	*5.827.124.867*	*229.233.720*	-	6.056.358.587
T O T A L GASTOS	***8.849.479.094***	***229.233.720***	-	***9.078.712.814***
DISPONIBILIDAD FINAL	-	-	-	-
TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS	***8.849.479.094***	***229.233.720***	-	***9.078.712.814***

Una vez revisado y analizado el Proyecto de Acuerdo presentado por la E.S.E., la Secretaria de Salud conceptúa favorablemente la modificación presupuestal solicitada, la cual se ajusta a los procedimientos establecidos en las normas presupuestales y lineamientos del CONFISCUN para las Empresas Sociales del Estado.

Cordialmente,

ANDRES FELIPE PINEDA PULGARIN
Director Operativo

Proyectó: Luis Alberto Lopez Montaña – Contratista – DAF – SS
Revisó: Ruby Stella Caldas Baracaldo – Profesional Especializado – DAF – SS

ACUERDO Nº 26
(08 de octubre de 2024)

"POR MEDIO DEL CUAL SE VIABILIZA MODIFICACIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024"

Superior de Política Fiscal de Cundinamarca – CONFISCUN mediante Resolución No.249 de 2023, de fecha 18 diciembre 2023, aprobó los Presupuestos de las Empresas Sociales del Estado del Departamento de Cundinamarca, para la vigencia fiscal de 2024, incluida la E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, por valor total de **SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL PESOS M/cte ($7.570.511.000)**

Que de acuerdo con el artículo 158 de la Ordenanza No. 0103-2023, el Gerente General de la E.S.E. Hospital SANTA ROSA DE TENJO mediante Resolución No. 130 de fecha Diciembre22 de 2023, emanada de la Gerencia de la E.S.E, desagregó y liquidó el presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia 2024 siendo refrendada por la Junta Directiva en el Acuerdo No. 037 de Diciembre 26 de 2023, conforme a las cifras aprobadas por el CONFISCUN.

Que según resolución No.0061 de agosto 20 de 2024 el consejo superior de Cundinamarca "CONFISCUN" aprobó modificación del presupuesto de ingresos y gastos presentada en el acuerdo No. 23 de fecha 06 de agosto de 2024 estableciendo un presupuesto definitivo por valor de **OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS ($8.849.479.094) M/CTE.**

Que el ARTÍCULO 161 DE LA ORDENANZA No. 0103-2023, - MODIFICACIONES AL PRESUPUESTO. Establece: "Las modificaciones que alteren el valor total del presupuesto aprobado de ingresos, compuesto por la disponibilidad inicial, ingresos corrientes y recursos de capital; o de gastos de funcionamiento, servicio de la deuda, inversión y operación comercial, serán aprobadas por el CONFISCUN. Estas modificaciones deberán contar con la viabilización por parte de la junta directiva u órgano de dirección". "Las Secretarías de Hacienda y Planeación podrán solicitar la información que se requiera para su estudio y evaluación".

Que, la ESE Hospital Santa Rosa de Tenjo celebro con el Departamento de Cundinamarca - Secretaria de Salud el convenio interadministrativo SS-CDCVI-1101-2024 y aclaratorio No.1 cuyo objeto es Financiar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo con nit 860.037.592 - 9, con los recursos asignados del sistema general de participaciones (sgp) en el subcomponente de subsidio a la

ACUERDO Nº 26
(08 de octubre de 2024)

"POR MEDIO DEL CUAL SE VIABILIZA MODIFICACIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024"

oferta para la vigencia 2024 por un valor de **DOSCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. ($229.233.720)**, el cual se encuentra vigente y los recursos son susceptibles de incorporar en el presupuesto de ingresos y Gastos.

Las modificaciones se encuentran amparadas con los siguientes documentos que hacen parte integral del presente acuerdo: justificación técnica y económica, certificado de disponibilidad No 05 firmada por el contador público y certificado 003 de mantenimiento firmada por el contador público.

Con las presentes modificaciones el presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2024 de la E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo, asciende en la suma de **NUEVE MIL SETENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS CATORCE MIL PESOS ($9.078.712.814) M/CTE.**

Que la E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo, incluyendo esta modificación cumple con la apropiación de recursos de mínimo 5% del presupuesto total para el mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria, de conformidad con el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", según certificación de cumplimiento indicador de mantenimiento hospitalario de fecha 10 de septiembre de 2024 expedido por el Contador de la ESE.

Que la presente modificación cuenta con previo concepto técnico de la Dirección Administrativa y Financiera – DAF de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, según consta en oficio SSC-DAF-PPTO-0502 del 30 de septiembre de 2024, documento que forma parte integral del presente Acuerdo.

En mérito de lo anterior, la Junta Directiva de la E. S. E. Hospital Santa Rosa de Tenjo:

ACUERDA:

ARTICULO PRIMERO: Viabilizar modificación al Presupuesto de Ingresos de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Rosa de Tenjo para la vigencia fiscal

ACUERDO Nº 26
(08 de octubre de 2024)

"POR MEDIO DEL CUAL SE VIABILIZA MODIFICACIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024"

2024, en la suma de **DOSCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. ($229.233.720)**, de acuerdo con el siguiente detalle:

CÓDIGO	CONCEPTO	VALOR
1	Ingresos	229.233.720
1.1	Ingresos Corrientes	229.233.720
1.1.02	Ingresos no tributarios	229.233.720
1.1.02.06	Transferencias corrientes	229.233.720
1.1.02.06.006	Transferencias de otras entidades del gobierno general	229.233.720
1.1.02.06.006.06	Otras unidades de gobierno	229.233.720
TOTAL INGRESOS		229.233.720

ARTICULO SEGUNDO: Viabilizar modificación al Presupuesto de Gastos de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Rosa de Tenjo para la vigencia fiscal 2024, en la suma de **DOSCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. ($229.233.720)**, de acuerdo con el siguiente detalle:

Codigo	Detalle	Valor
2	Gastos	229.233.720
2.4	Gastos de operación comercial	229.233.720
2.4.5	Gastos de comercialización y producción	229.233.720
2.4.5.02	Adquisición de servicios	229.233.720
2.4.5.02.08	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	11.461.686
2.4.5.02.09	Servicios para la comunidad, sociales y personales	217.772.034
Total		229.233.720

ARTÍCULO TERCERO: El Gerente General de la E. S. E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO presentará a consideración del Consejo Superior de Política Fiscal de Cundinamarca – CONFISCUN el presente acuerdo de conformidad con el artículo 119 de la Ordenanza No. 0103-2023.

ACUERDO Nº 26
(08 de octubre de 2024)

"POR MEDIO DEL CUAL SE VIABILIZA MODIFICACIÓN AL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2024"

ARTICULO CUARTO: El presente acuerdo rige a partir de la aprobación por parte el Consejo Superior de Política Fiscal de Cundinamarca – CONFISCUN. Para la ejecución de los recursos se debe contar con la aprobación de la modificación al Programa Anual Mensualizado de Caja – PAC, y para su operativización se requiere la modificación del Plan Anual de Adquisiciones – PAA

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dado a los ocho (08) días del mes de octubre de Dos Mil Veinticuatro (2024).

JHON JAIRO HORTUA VILLALBA
PRESIDENTE

ALEJANDRO RIVERA MOYA
SECRETARIO

LA SUSCRITA CONTADORA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

C E R T I F I C A

Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO con NIT 860.037.592-9, ha causado adecuadamente todos los aportes del sistema de Seguridad social en Salud, fondos de pensiones, cesantías y ARL.

Que los valores correspondientes a dicha causación se encuentran al día en sus pagos por concepto de aportes en salud mes de octubre y Pensión, ARP, Parafiscales (ICBF, CAJA DE COMPENSACION Y SENA) mes de septiembre de 2024, con planillas número 31123999 y 30946935.

La presente certificación se expide a solicitud de la administración, a los siete (07) días del mes de octubre de 2024.

KARINA AMPARO SANCHEZ PLAZAS
Contadora Pública E.S.E.
TP 226830-T

En caso de que se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el presente convenio, para garantizar la continuidad efectiva del giro de recursos, pactados en el presente convenio; la E.S.E deberá formular un plan de mejora y realizar el seguimiento hasta que se obtenga el cumplimiento para cada una de las sedes hasta el informe final previa liquidación del convenio.

Tenjo Cundinamarca, 29 de octubre del 2024.

Alejandro Rivera Moya
Gerente
E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo

Revisor Fiscal/Karina Amparo Sanchez Plazas Contador

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

226830-T



KARINA AMPARO
SANCHEZ PLAZAS
C.C. 52267480
RES. INSCRIPCION 239 DEL 17/03/2017
CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

231044 245641

Identificación Pública S.A. 170014/0117

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.267.480
SANCHEZ PLAZAS
APELLIDOS
KARINA AMPARO
NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

27-FEB-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00112564-F-0052267480-20001026 0004893099A 1 25778363

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F9CF7181AA0884AB

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 **KARINA AMPARO SANCHEZ PLAZAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52267480 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 226830-T Sí tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Noviembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

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

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 SANTA ROSA DE TENJO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tenjo 7 9 9

41. Dirección principal
CL 3 6 31

42. Correo electrónico htenjo@cundinamarca.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 6 5 4 1 1 8	6 1 8 6 4 6 2 6 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	1 9 4 4 1 1 2 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 14 42 52 55

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de renta
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 - 09 - 10 / 14 : 56: 13

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 RIVERA MOYA ALEJANDRO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-10-2024 02:03:16PM

Gobernación de CUNDINAMARCA

GESTIÓN FINANCIERA	Código A-GF-FR-025
Creación o Actualización de Datos de Terceros	Versión 6
	Fecha 09/mayo/2024

FECHA: DÍA 17 MES 07 AÑO 2024 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [ ]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA: Salud
4. CONTRATO/OC: [ ] AÑO [ ]
5. CONVENIO: SGP AÑO 2024

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ESE HOSPITAL SANTA ROSA
7. IDENTIFICACIÓN RUT: NIT No 850037692 DV 9
8. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: ALEJANDRO RIVERA MOYA
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL: CC Cédula de Ciudadanía No 79 242 113 DV [ ]
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL: Calle 3 N 0 - 31
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO: Cundinamarca-Tenjo
12. TELÉFONO: 3108659383 — 13. CELULAR: 3108659383
14. CORREO ELECTRÓNICO: Indicarlo (tranj@cundinamarca.gov.co

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: Bancolombia S.A. Cód 7
16. No CUENTA BANCARIA: 24590000343 — 17. TIPO: Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

18. PERSONA: Jurídica
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO: No aplica No [ ]
La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica
20. NATURALEZA: Pública ¿CUAL? [ ]
21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA: No Responsable de IVA
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE: GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [X] OTRA [ ] ¿CUAL? [ ]
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación
SECUNDARIA [ ]
24. TARIFA RETEICA: PRINCIPAL [ ]
SECUNDARIA [ ]

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministre con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos estrictamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar rectificar o suprimir sus datos, le puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad [ ]
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN [ ]
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique) [ ]
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique) [ ]
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa [ ]

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

79 242 113
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO: [ ]
26. CUENTA ASOCIADA: [ ] ¿CUAL? [ ]
27. GRUPO DE TESORERÍA: [ ]
28. VÍAS DE PAGO: [ ]

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETEFUENTE: TARIFA 1 [ ] TARIFA 2 [ ] TARIFA 3 [ ]
30. ICA: TARIFA 1 [ ] TARIFA 2 [ ] TARIFA 3 [ ]
31. RETENCIÓN DE IVA: RC5 Retefa aplicable a contratos 15% [ ] RC7 Retefa aplicable a servicios 15% [ ]
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL: TARIFA 1 [ ]
33. ESTAMPILLAS: [ ]
34. TASAS: DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5% [ ]

FECHA: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]
PROCESADO POR: [ ]
REVISADO POR: [ ]

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

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

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	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 3	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 8	
72. Número	3 3 3 2	
73. Fecha	1 9 7 0 0 9 0 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 7	
76. Fecha de registro	1 9 7 0 0 9 0 9	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

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

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV.
1	8 3	2 0 1 6 0 9 0 7		
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 NO VALIDO PARA DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

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

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 Ciudadani 1 3	7 9 2 4 2 1 1 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RIVERA	MOYA	ALEJANDRO	

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 SIN COSTO