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 CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	13	11	2024		20	9	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-1089-2024	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	860.035.447 - 1
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
N/A	601 857 71 20 - 314 493 66 50		Cl. 6 No. 6 - 04 (Guatavita - Cundinamarca)	hguatavita@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 SAN ANTONIO DE GUATAVITA CON NIT 860 035.447 - 1. 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	CLAUSULA SEXTA – FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del presente Convenio interadministrativo se girará así: 1) La suma de DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio; 2) El segundo desembolso de TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($33.105.325,00); 3) Tres desembolsos mensuales por valor de TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($33.105.324,00). 4) El sexto desembolso por un valor de VEINTE MILLONES SEISCIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS MONEDA CORRIENTE ($20.626.621,00) 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 contrato. 5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TRES PESOS MONEDA CORRIENTE ($12.478.703,00) 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. Para el desembolso de estos recursos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA con NIT 860.035.447 - 1 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR-025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 1. Para el giro de los recursos la ESE debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social: salud, pensión y riesgos profesionales, expedida por el Revisor Fiscal del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje. Parágrafo 2: El valor girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio interadministrativo, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación – gastos de operación de los servicios de salud.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3604	NOMBRE DEL FONDO	DEVOLUCIONES SGP SUBSIDIO A LA OFERTA EXCEDENTES	VALOR DEL PAGO	$ 3.449.608

PAGO N°	1	DE	7	BANCO	BANCO DAVIVIENDA
CUENTA N°	475900104542				AHORROS

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 415.956.776	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.449.608
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 3.449.608
TOTAL		$ 415.956.776	SALDO POR EJECUTAR	$ 412.507.168

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
13	09	2024	4600025521

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
2	10	24	JASON GONZALEZ GARZON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVIS	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				13	11	2024	1		20	9	2024	30	9	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	SE REALIZA PRIMER PAGO POR LA SUMA DE DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio, CONTRA SECCIÓN PRESUPUESTAL 1197.02; FONDO DEL PAGO A REALIZAR 4-3604; NOMBRE DEL FONDO: DEVOLUCIONES SGP SUBSIDIO A LA OFERTA EXCEDENTES POR VALOR DE $3.449.608,00.

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	CRISTIAN BERNARD FUENTES BONILLA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION DE ASEGURAMIENTO	CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CODIGO: 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 CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	13	11	2024		20	9	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-1089-2024	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	860.035.447 - 1

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	601 857 71 20 - 314 493 66 50	Cl. 6 No. 6 - 04 (Guatavita - Cundinamarca)	hguatavita@cundinamarca.gov.co

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA 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 SAN ANTONIO DE GUATAVITA CON NIT 860.035.447 - 1, 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	CLAUSULA SEXTA – FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del presente Convenio interadministrativo se girará así 1) La suma de DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio; 2) El segundo desembolso de TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($33.105.325,00); 3) Tres desembolsos mensuales por valor de TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($33.105.324,00); 4) El sexto desembolso por un valor de VEINTE MILLONES SEISCIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS MONEDA CORRIENTE ($20.826.621,00) 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 contrato. 5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TRES PESOS MONEDA CORRIENTE ($12.478.703,00) 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 Para el desembolso de estos recursos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA con NIT 860.035.447 - 1 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR--025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 1: Para el giro de los recursos la ESE debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social salud, pensión y riesgos profesionales, expedida por el Revisor Fiscal del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje. Parágrafo 2: El valor girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio interadministrativo, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación - gastos de operación de los servicios de salud

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3601	NOMBRE DEL FONDO	SGP SALUD OFERTA INTERESES	VALOR DEL PAGO	$ 3.170.237
PAGO N°	1	DE	7	BANCO	BANCO BANCOLOMBIA
CUENTA N°	336-698752-96				AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 415.956.776
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	
	TOTAL	$ 415.956.776

ANTICIPO	VALOR
PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
VALOR ANTICIPADO	$ -
VALOR DEL ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.170.237
V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 6.619.845
SALDO POR EJECUTAR	$ 409.336.931

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
13	09	2024	4600025521

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
2	10	24	JASON GONZALEZ GARZON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORM	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			13	11	2024	1		20	9	2024	30	9	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	SE REALIZA PRIMER PAGO POR LA SUMA DE DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio, CONTRA SECCIÓN PRESUPUESTAL 1197.02; FONDO DEL PAGO A REALIZAR 4-3601; NOMBRE DEL FONDO:SGP SALUD OFERTA INTERESES POR VALOR DE $3.170.237,00.

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	CRISTIAN BERNARD FUENTES BONILLA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION DE ASEGURAMIENTO	CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CODIGO: A-GC-FR-033
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	VERSIÓN: 04
		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 CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	13	11	2024		20	9	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-1089-2024	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	860.035.447 - 1

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	601 857 71 20 - 314 493 66 50	Cl. 6 No. 6 - 04 (Guatavita - Cundinamarca)	hguatavita@cundinamarca.gov.co

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CEDULA O NIT TERCERO

OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA CON NIT 860.035.447 - 1, 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	CLAUSULA SEXTA – FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del presente Convenio Interadministrativo se girará así: 1) La suma de DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio. 2) El segundo desembolso de TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($33.105.325,00); 3) Tres desembolsos mensuales por valor de TREINTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($33.105.324,00). 4) El sexto desembolso por un valor de *VEINTE* MILLONES SEISCIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS *VEINTIUN* PESOS MONEDA CORRIENTE ($20.626.621,00) 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 contrato. 5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TRES PESOS MONEDA CORRIENTE ($12.478.703,00) 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 Para el desembolso de estos recursos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA con NIT 860.035.447 - 1 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR–025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 1: Para el giro de los recursos la ESE debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social: salud, pensión y riesgos profesionales, expedida por el Revisor Fiscal del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje. Parágrafo 2: El valor girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio Interadministrativo, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación - gastos de operación de los servicios de salud

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3600	NOMBRE DEL FONDO	SGP SALUD OFERTA	VALOR DEL PAGO	$ 243.810.310
PAGO N°	1 DE 7	BANCO	BANCO BANCOLOMBIA		
CUENTA N°	336-698752-96			AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 415.956.776	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 243.810.310
TOTAL	$ 415.956.776	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 250.430.155
		SALDO POR EJECUTAR	$ 165.526.621

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
13	09	2024	4600025521

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
2	10	24	JASON GONZALEZ GARZON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			13	11	2024	1		20	9	2024	30	9	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)	SE REALIZA PRIMER PAGO POR LA SUMA DE DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio. CONTRA SECCIÓN PRESUPUESTAL 1197.02; FONDO DEL PAGO A REALIZAR 3-3600; NOMBRE DEL FONDO:SGP SALUD OFERTA POR VALOR DE $243.810.310,00.									

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	CRISTIAN BERNARD FUENTES BONILLA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCION DE ASEGURAMIENTO	CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

250430155

6619845

243810310

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CDCVI-1089-2024

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 20.09.2024 hasta el 30.09.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	13.11.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
NIT / C.C.:	8600354471
Supervisor:	CRISTIAN BERNARD FUENTES BONILLA
Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
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 SAN ANTONIO DE GUATAVITA CON NIT 860.035.447 - 1, 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	20.09.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100054291
Registro Presupuestal	4600025521
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$415,956,776
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$415,956,776
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: 15%

1. Suscribir acta de inicio. SE ANEXA AL INFORME
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. SE ANEXA AL INFORME
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 Interadministrativo y su destinación en el marco de la Ley

15 NOV 2024

1955 de 2019 y la Resolución 484 de 2024. SE ANEXA AL INFORME
4. Aportar copia del Acuerdo de Junta Directiva firmado donde se aprueba la incorporación de los recursos del presente Convenio Interadministrativo al presupuesto de la entidad. SE ANEXA AL INFORME
5. Aportar copia de la resolución del CONFISCUN, donde se modifica el presupuesto de ingresos y gastos incorporando los recursos del Convenio Interadministrativo al presupuesto de la entidad en los términos establecidos en la Ordenanza 227 de 2014 o las normas que apliquen. SE ANEXA AL INFORME
6. Carta del representante legal de la ESE, dirigida al supervisor de cómo se utilizarán los recursos conforme al objeto del Convenio Interadministrativo 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. SE ANEXA AL INFORME
7. Gestionar lo pertinente para la adecuada ejecución de los recursos objeto del presente Convenio Interadministrativo durante la vigencia fiscal 2024. SE ANEXA AL INFORME
8. Presentar ante el Supervisor del Contrato Interadministrativo, 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. SE ANEXA AL INFORME
9. Designar un funcionario responsable del seguimiento a la ejecución oportuna del Convenio Interadministrativo 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. SE ANEXA AL INFORME
10. Aportar al supervisor el informe trimestral para evaluar los indicadores y metas pactados en el presente Convenio Interadministrativo 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 Interadministrativo. Firmados por el Representante Legal y /o Revisor Fiscal o Contador según corresponda. SE ANEXA AL INFORME
11. Garantizar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA con NIT 860.035.447 - 1, con la consecuente prestación de servicios de salud en las sedes con monopolio de servicios trazadores de: GUATAVITA Y GUASCA, ejecutando los recursos conforme a la asignación contenida en el siguiente detalle: SE ANEXA AL INFORME
12. Gestionar los indicadores de CALIDAD, PRODUCCIÓN y FINANCIERA de la siguiente manera para cada una de las sedes:
ESE SAN ANTONIO DE GUATAVITA SE ANEXA AL INFORME
SEDE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
Indicadores Línea base Cómo cerró a 31 Dic. 2023 Meta 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.
5,58 días
menor o igual a 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.
3,86 días
menor o igual a 5 días Indicadores Línea base Cómo cerró a 31 Dic. 2023 Meta Esperada a 31 Dic. 2024
b. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina especializada en medicina interna.
5,47 días
menor o igual a 15 días
c. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas en ginecobstetricia.
6,76 días
menor o igual a 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.
30 servicios en funcionamiento
30 servicios habilitados REPS
30 servicios en funcionamiento
30 servicios habilitados REPS
5.3 Gestión financiera
Programación trimestral
1 trimestre
2 trimestre
3 trimestre
4 trimestre
5.3.1 Determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede, con periodicidad trimestral.
950.418.484
1.082.726.859
1.570.316.854
1.478.852.214
5.3.2 Determinar los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.
1.044.311.642
1.129.530.688
2.281.996.910
1.850.435.310
SEDE CENTRO DE SALUD GUASCA
Indicadores
Línea base
Cómo cerró a 31 Dic. 2023
Meta

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.
2,1 días
menor o igual a 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.
4,3 días
menor o igual a 5 días
b. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina especializada en medicina interna.
N/A
N/A
c. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas en ginecobstetricia.
6,1 días
menor o igual a 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.
19 servicios en funcionamiento
19 servicios habilitados REPS
19 servicios en funcionamiento
19 servicios habilitados REPS
5.3 Gestión financiera
Programación trimestral
1 trimestre
2 trimestre
3 trimestre
4 trimestre
5.3.1 Determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede, con periodicidad trimestral.
1.425.627.726
1.569.874.150
1.989.216.560
1.998.512.080
5.3.2 Determinar los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.
1.566.467.463
1.694.296.032
1.674.092.901
1.299.067.923
En caso de que se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el presente Convenio Interadministrativo, para garantizar la continuidad efectiva del giro de recursos, pactados en el presente Convenio Interadministrativo; 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 Interadministrativo. N/A
13. 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. SE ANEXA AL INFORME
14. 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 Interadministrativo a fin de proceder a su liquidación. N/A
15. En caso de incumplimiento de los indicadores y metas pactadas para la liquidación del presente Convenio Interadministrativo 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. N/A
16. 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 Interadministrativo. N/A
17. 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 Interadministrativo 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. N/A
18. Las demás que por la naturaleza del presente Convenio Interadministrativo deba ejecutar la E.S.E. N/A

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

SE CERTIFICA PRIMER INFORME CONFORME AL OBJETO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1089-2024, ASI: FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA CON NIT 860.035.447 - 1, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2024

15 NOV 2024

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 CERTIFICA PRIMER PAGO CONFORME A LA CLAUSULA SEXTA – FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del presente Convenio Interadministrativo se girará así: 1) La suma de DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00), con la suscripción del acta inicio;

CRISTIAN BERNARD FUENTES BONILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Gobernación de Cundinamarca

CERTIFICACION – 041- 2024

EL SUPERVISOR DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1089-2024

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-1089-2024** con la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**, 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 SAN ANTONIO DE GUATAVITA CON NIT 860.035.447 - 1, 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 de **CUATROCIENTOS QUINCE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($415.956.776).**

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 efectuaron el primer giro a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA**, por la suma de **DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($250.430.155,00),** con la suscripción del acta inicio.

Dada en la ciudad de Bogotá D.C., el día 13 de Noviembre de 2024.

CRISTIAN BERNARD FUENTES BONILLA
Profesional Especializado
Supervisor Convenio

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
CALLE 6 N° 06 - 04 Tel. 8577120

NIT: 860035447 - 1

LUGAR FACTURACION: HOSPITAL GUATAVITA

Codigo Habilitación No. 253260005301

RESOLUCIÓN FACTURACIÓN ELECTRÓNICA DE VENTA No. 18764052592511 DESDE HSAG 400000 HASTA HSAG 445000 VIGENTE DESDE EL 29 DE JULIO DE 2023 AL 29 DE JULIO DE 2024

SERVICIO: C. EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSAG444238
FECHA: 30/10/2024 16:41:00
FECHA VENCIMIENTO: 29/11/2024

Empresa Responsable Cuenta

Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Contrato: APALANCAMIENTO DEPARTAMENTO **Autorización:** Sin Autorizacion

Paciente: HOSPITAL SAN ANTONIO GUATAVITA
Dirección: CARRERA 1 NO 6-24
Estrato: NIVEL 0
Carnet:

Tipo / No. Documento: NI 860035447
Telefono: 8573697
T. Usuario: Particular
Edad: 72 A 0 M 5 D 0 H

Ingreso: 30/10/2024 16:41:00 **Egreso:** 30/10/2024 16:41:00 **Dx Egreso:**

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Ninguno					
CONV1089-2024	CONV1089-2024	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1089-2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTE DE CUNDINAMARCA-SECRETARAI DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	250,430,155.00	1.00	250,430,155.00
		SubTotal	**250,430,155.00**		**250,430,155.00**

Cita:
Profesional:
Consultorio:

Vr. Total Servicios Prestado: 250,430,155.00
Copago a realizar por el paciente: 0.00
Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: 250,430,155.00
Vr. Descuento: 0.00

Vr Empresa: DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable

Usuario que Elabora: LUIS CARLOS RODRIGUEZ **Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2**

CUFE: 7bbbeedf625a26fbca74a006c776cc118798786c36adee6759b57753608ee66a4670f0f273367a22b839e7df74b860fc
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 30/10/2024 16:42:00

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
NIT: 860035447
DIRECCIÓN: CALLE 6 N° 06 - 04 **TELÉFONO:** 8577120

CUENTAS DE COBRO Nro 8136
EMPRESA: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
NIT: 899999114
DIRECCIÓN: av calle 26 No 47-73 **TELÉFONO:** 2454545
DETALLE: CUENTA DE COBRO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1089-2024
CORREO RADICACIÓN: facturacionelectronicahsag@gmail.com

FECHA DOCUMENTO: 30/10/2024
CONTRATO: APALANCAMIENTO DEPARTAMENTO
FECHA RADICACIÓN: SIN RADICAR
REGISTROS: 1

PREFIJO	FACTURA	TIPO	DOCUMENTO	PACIENTE	FECHA ATENCIÓN	VALOR FACTURA	VALOR CANCELADO	VALOR EMPRESA
HSAG	444238	NI	860035447	HOSPITAL GUATAVITA	30/10/2024	250,430,155	0	250,430,155

TOTAL FACTURA: 250,430,155
TOTAL CANCELADO: 0
TOTAL EMPRESA: 250,430,155

Total: DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

LUIS CARLOS RODRIGUEZ

ELABORO

Fecha y hora de impresión: 30/10/2024 16:47
Usuario imprime: LUIS CARLOS RODRIGUEZ
Impreso por: Sistemas CitiSalud SAS

EL SUSCRITO CONTADOR DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA

NIT: 860.035.447-1

CERTIFICA:

Que según registros contables de la ESE Hospital San Antonio de Guatavita con NIT: 860.035.447-1 a la fecha, se cumplió con el pago de aportes a ICBF, SENA, CAJA DE COMPENSACIÓN, Fondo de pensiones, Entidades promotoras de salud EPS y administradora de riesgos profesionales ARL que se derivan de la relación laboral con sus empleados, para el periodo correspondiente al mes de Septiembre 2024. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Se expide esta certificación a los dos (02) días del mes de Octubre de dos mil veinticuatro (2024).

JASON GONZALEZ GARZON
CONTADOR PUBLICO
TP. 201678-T

"Participación con Calidad"

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6 2 A 6 C E E 4 D 6 F 1 9 E 9 5

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 **JASON BERNARDO GONZALEZ GARZON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1071142923 de GUATAVITA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 201678-T SI 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 24 días del mes de Septiembre 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

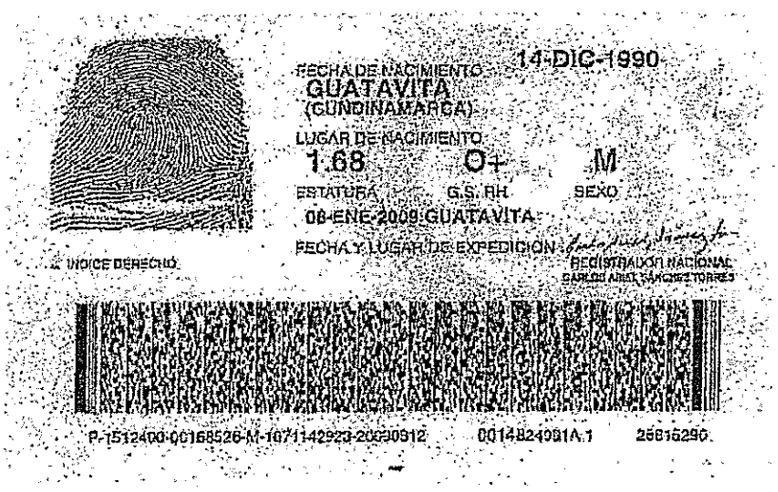
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
201678-T
JASON BERNARDO
GONZALEZ
C.C. 1071142623
RESOLUCION INSCRIPCION 264
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
FECHA 19/05/2015
DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ
214486


213787
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX: 6 1 8 24 90 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.071.142.923
APELLIDOS GONZALEZ GARZON
NOMBRES JASON BERNARDO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1990
GUATAVITA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-ENE-2009 GUATAVITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1512400-00168526-M-1071142923-20090912 0014824991A.1 25815290

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 15 MES 10 AÑO 2024 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

Sector: Salud

Fecha de Constitución: AÑO 1989 — Fecha de Inicio de Actividades: AÑO 2024

DATOS PERSONALES

Razón Social: E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA

NIT: No 850035447 — D.V 1

Nombre Representante Legal: LUZ MERY ACOSTA VARGAS

CC Cédula de Ciudadanía: No 22519519 — D.V 1

Dirección: CALLE 6 N° 6-04

Municipio: Cundinamarca-Guatavita

Ciudad: 601 Cundinamarca - Bogt — Teléfono: 8577120 — Celular: 3184194342

Correo Electrónico: Indicados: gerencia@hospitalguatavita.gov.co

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

Nombre Entidad Financiera: Bancolombia S.A. Cód. 07

Número de Cuenta: 336-698752-96 — Tipo de Cuenta: 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

Tipo de Persona: Jurídica

Pertenece a Régimen Especial: No

La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica.

Régimen Tributario: Mixta — ¿CUAL?

Responsabilidad Tributaria: No Responsable de IVA

GRAN CONTRIBUYENTE — No. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR RENTA — No. RESOLUCIÓN

AUTORRETENEDOR IVA — No. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR ICA — No. RESOLUCIÓN

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO — OTRA: SI — ¿CUAL?

Actividad Económica: PRINCIPAL: 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación

SECUNDARIA:

Actividad Económica Dependiente: 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, actualizar, 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 N° 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 consta que la cuenta se encuentra activa	SI

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

27.519.519
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

Régimen Tributario: ¿CUAL?

Responsabilidad Tributaria:

Actividad Económica:

Actividad Económica Dependiente:

INDICADORES DE RETENCIÓN

Retención en la Fuente: TARIFA 1 / TARIFA 2 / TARIFA 3

Retención en la Fuente Dependiente: TARIFA 1 / TARIFA 2 / TARIFA 3

Retención IVA: RI05 Retefiva aplicable a compras 15% / RI07 Retefiva aplicable a servicios 15%

Retención ICA: TARIFA 1

Retención Pro Deporte: DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA MES AÑO

PROCESADO POR:

REVISADO POR:

Certificación Bancaria

Bancolombia

Sesquile, 17 Julio de 2024

Señores:

A quien Interese

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el **HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA,** identificado (a) con N.I.T. 860035447 , a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorros SGP – Subsidio a la Oferta - Gastos de Operación de Servicios de Salud 2024.	336-698752-96	2024/07/17	ACTIVA

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Certificación Bancaria

Bancolombia

*Si el número de identificación señalado en el presente certificado esta antecedido por un prefijo numérico, aclaramos que este se incluye para afectos de un control interno del Banco y que tales dígitos no hacen parte de número de identificación.

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

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

VIGILADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003905361

(415)7707212489984(8020) 000014100390536 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 0 0 3 5 4 4 7	1	Impuestos de Bogotá	3 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

HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA

36. Nombre comercial	37. Sigla
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Guatavita 3 2 6

41. Dirección principal: CL 6 6 04

42. Correo electrónico: hguatavita@cundinamarca.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 5 7 7 1 2 0	3 1 4 4 9 3 6 6 5 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 - 03 / 15 : 08: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico 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 ACOSTA VARGAS LUZ MERY

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 16-07-2024 09:09:36PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003905361

(415)7707212489984(8020) 000014100390536 1

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

Caracteristicas 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	3 7
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	
72. Número	0 0 1	
73. Fecha	1 9 9 3 0 3 1 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	
76. Fecha de registro	1 9 9 3 0 3 1 4	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	2 5	
79. Ciudad/Municipio	3 2 6	

Vigencia

80. Desde	1 9 9 4 1 0 1 2
81. Hasta	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 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: Ministerio de Salud y de la Protección Social 1 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 2	2 0 1 6 0 1 0 1		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO SIN CONTENIDO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003905361

(415)7707212489984(8020) 000014100390536 1

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ACOSTA	VARGAS	LUZ	MERY

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
DOCUMENTO

Fecha generación documento PDF: 16-07-2024 09:09:36PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003905361

(415)7707212489984(8020) 000014100390536 1

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

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	1 0 7 1 1 4 2 9 2 3		2 0 1 6 7 8

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GONZALEZ	GARZON	JASON	BERNARDO

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 5 0 5 1 9

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO

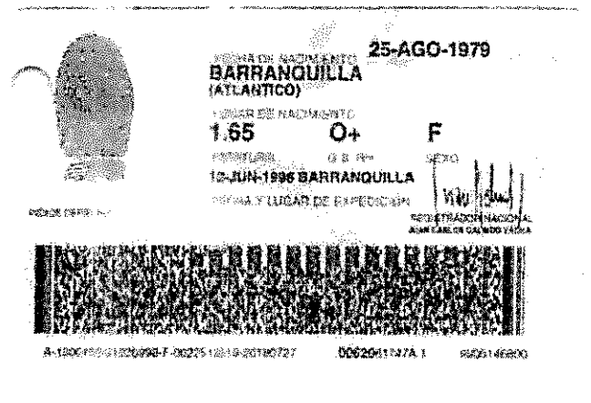


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.519.519
ACOSTA VARGAS

APELLIDOS
LUZ MERY

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1979
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-JUN-1996 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1806 0220998-F-0022512-20160727 0062041147A 1