Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 5
		CÓDIGO: A-GF-GI-F-006
CONSTANCIA DE RADICACIÓN CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS MUNICIPIOS Y OTROS		FECHA: 26/Sep/2024

Contrato No.	3458 DE 2024
Contratista:	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA
Teléfono y Correo Electrónico:	3124524119 - hsanfran@esevilladeleyva.com
Periodo Informe Supervisión:	DESDE EL 25 DE SEPTIEMBRE HASTA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024
Pago	Único_____Parcial____X____Final_____

DOCUMENTO	DESTINO CENTRAL DE CUENTAS
Constancia de Radicación Convenio Y/O Contratos Interadministrativos, Municipios y Otros	X
Registro Presupuestal. RPC **primer pago o pago único.**	X
Registro Presupuestal. RPC SPGRSSF Sistema General de Regalías.	X
Certificación Bancaria: 1. Contratos o Convenios: Cuenta Bancaria de acuerdo a las especificaciones registradas en el contrato 2. Contratos por Licitación Pública: Constituir Fiducia o Patrimonio Autónomo Irrevocable. Según normatividad vigente y anexar Copia Contrato de Fiducia o Patrimonio Autónomo, cuando aplique. Nota 1: Para el pago con recursos Regalías Asignaciones Directas, se debe anexar cualquiera de los formatos establecidos por DNP, certificando la inscripción de la Cuenta Maestra. Nota 2: Anexar cada vez que se realice cambio en la cuenta bancaria	X
Acuerdo OCAD - Sistema General de Regalías – Asignaciones Directas. cuando aplique Nota: Aplica solo para las cuentas financiadas por Regalías- Asignaciones directas con situación de fondos	X
Comprobante de Ingreso de Tesorería con Certificación Rendimientos financieros, cuando hubo giro de anticipos.	X
Copia Contrato. (Adicionales y Modificatorios si los hubiere). Para Municipios Plan Alimentario PAE únicamente en el primer pago	X
Documento de confrmación del Consorcio o Unión Temporal, cuando corresponda	X
Asignación de Apoyo Supervisión y Acta entrega Supervisión o Interventoría cuando aplique Nota: El oficio de asignación de supervisión se debe presentar sólo en los eventos en que no se identifique el supervisor en la minuta del contrato o convenio	X
Copia Contrato Interventoría, cuando aplique y Documento de conformación del Consorcio o Unión Temporal del Interventor.	X
Acta de Iniciación 1er Pago o pago único.	X
Acta de Aclaración	X
Acta de Suspensión	X
Acta de Reiniciación	X
Acta Parcial Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta parcial)	X
Factura electronica o Documento Equivalente. (Artículo 617 y 618 de Estatuto Tributario). Incluir en la factura para consorcios y uniones temporales nombre o razón social, Nit, y % de participación de sus integrantes s/n D. 3050/97 Art. 11. Art.1.6.1.4.8 decreto 1625/2016 para el caso de consorcios y uniones temporales	X
Comprobante Entrada Almacén y Acta de Recibo suministros Almacén (Cuando las obligaciones contractuales contemplan elementos o bienes de Consumo y/o devolutivos)	X
Acta de Terminación	X
Acta de Recibo Final. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de recibo final)	X
Acta de Liquidación de Convenio. Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato acta de liquidación de convenio)	X
Aclaratoria Acta de Liquidación Convenio Nota: Dejar Claridad en observaciones cuando el contrato sea financiado por 2 o más fuentes de financiación (Revisar instructivo del formato aclaratorio acta de liquidación convenio)	X
Planillas aportes en seguridad social del periodo a pagar, para convenios Interinstitucionales	X
Certificación de Pago Seguridad Social y Parafiscales para personas jurídicas, suscrito por el representante legal y/o revisor Fiscal, con tarjeta profesional y certificado de antecedentes emitido por la Junta Central de Contadores, cuando aplique	X
Registro Único Tributario. RUT. Impreso o con fecha de generación máximo 3 meses de vigencia y actualizado según la Normatividad vigente.	X
Otros, informes, actas y demás documentos, si lo establece el contrato en la cláusula forma de pago del contrato o convenio. 1.Informe de supervisión N° 1 2._____ 3. _____	X Digitar documentos de acuerdo a lo establecido en forma de pago.

OBSERVACIONES:

1. Los datos consignados son tomados de los documentos originales que reposan en el expediente contractual suscrito por los intervinientes y bajo su absoluta responsabilidad.
2. Los datos registrados varían de acuerdo con la naturaleza del contrato.
3. Los soportes precontractuales reposan en el expediente, incluidos los estudios previos.
4. Los rendimientos que llegaren a producir los recursos entregados al contratista a título de anticipo pertenecerán al Tesoro.
5. Los documentos deben ser radicados en el orden relacionado en la Constancia de radicación.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A

NIT 860034313-7

CERTIFICA

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

Cuenta denominada por la empresa CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 3458 DE 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA CUYO OBJETO ES FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA .

Fecha de apertura 23/07/2021

La presente certificación se expide con destino al Departamento de Boyacá a los 13 días del mes de Noviembre de 2024 .

Cordialmente ,

DAVIVIENDA
1777 - OFICINA VILLA DE LEYVA

ANA ISABEL LOZANO ALVAREZ

Director Administrativo Of . Villa de Leyva

Banco Davivienda .

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1			
FECHA PRESENTE ACTA	12 DE NOVIEMBRE DE 2024			
CONTRATO_____CONVENIO __X_	3458 DE2024		DE FECHA:	18/09/2024
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA			
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA R/L MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ			NIT: 891.800.906-3 C.C: 40.041.650
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO			C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 300.473.873,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 300.473.873,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0,00		
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 300.473.873,00			
PLAZO INICIAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024			
PRORROGA N° _____	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PRORROGA N° _____	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024			
FECHA DE INICIACIÓN	25 DE SEPTIEMBRE DE 2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: NA			
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: NA			
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	NO APLICA			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DESDE EL 25 DE SEPTIEMBRE HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024			
RBPP N°	2024 00415 0119			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:__7127__AÑO: _2024_, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de la secretarai de salud de Boyaca se reunieron los señores, Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor y la señora Maria Eugenia Montejo Paez como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° NA del mes (es)__NA de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 210.331.711,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 210.331.711,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 300.473.873,00	
Amortización Anticipo		$ 210.331.711,00
Valor a pagar de la presente acta		$ 75.118.468,00
Valor Total actas pagadas		$ -
Saldo por ejecutar		$ 15.023.695,00
Sumas iguales	$ 300.473.873,00	$ 300.473.873,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion– Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 177769999257	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: X

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

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:Se anexa ceritificado de pago de parafiscales de la entidad

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

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

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

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- -2024
2040

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
LEIDY HERILET PORRAS ROA
FECHA 06/12/24

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

NIT 891800906-3

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

Cod. IPS: 154070084101

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SFFE- 216048

Fecha Factura:	12/11/2024	
Fecha Vencimiento:	12/12/2024	
Fecha Validación DIAN:	12/11/2024	12:50:00
Fecha Inicial:	12/11/2024	
Fecha Final:	12/11/2024	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 28cb629a69751a5867b21be14a0be6324b6f711be9895f29f9660b05a59a13e6e65f7b4194f4418c29ba464a03266d7c

Elaborado por: ADMINISTRADOR SISTEMA

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

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

OBSERVACIONES:

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

Valor en Letras:

SETENTA Y CINCO MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	75,118,468.00
DESCUENTO	0.00
TOTAL A CANCELAR	75,118,468.00

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

REPRESENTANTE LEGAL

HSF – 111-24

INFORME ESPECIAL

CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 789 DE 2002

SUBSIDIO A LA OFERTA

Nosotros Gerente y Contador Público de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, certificamos que se ha efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, la cual se encuentra al día en sus aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar), correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de septiembre al 31 de octubre del año 2024. El pago de estos aportes es responsabilidad de la Administración de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar, correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de septiembre al 31 de octubre del año 2024, preparado por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, y
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.
4. Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente sobre el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de septiembre al 31 de octubre del año 2024, comunico que, a la fecha del presente informe, la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).

MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ
Gerente

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141010250052

(415)7707212489984(8020) 000014101025005 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
KM 1 VIA ARCABUCO

42. Correo electrónico hsanfran@esevilladeleyva.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 1 3 0 1 2 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 11 / 11 : 17: 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MONTEJO PAEZ MARIA EUGENIA
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141010250052

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

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 2	0 3
72. Número	0 1 8	8 5
73. Fecha	1 9 9 9 0 7 1 5	2 0 1 6 1 0 1 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 2	0 1
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 7 1 5	2 0 1 6 1 0 1 1
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	4 0 7	4 0 7

Vigencia

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

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado (Año Mes Día)	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 7 0 1 0 2		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141010250052

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

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 0 0 4 1 6 5 0		

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

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
	Año Mes Día

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141010250052

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

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

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

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

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

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

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

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

LA SUSCRITA DIRECTORA TECNICA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

CERTIFICA QUE:

La ESE Hospital San Francisco de Villa de Leyva, cuenta con los siguientes servicios habilitados:

GRSE_NOMBRE	COD	NOMBRE DEL SERVICIO	HORARIO DE ATENCION	CONTACTO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Horario de martes a sábado 07:00A09:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	729	TERAPIA RESPIRATORIA	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125

GRSE_NOMBRE	COD	NOMBRE DEL SERVICIO	HORARIO DE ATENCION	CONTACTO
				Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Atención Inmediata	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Atención Inmediata	1102	URGENCIAS	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Atención Inmediata	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Consulta Externa	312	ENFERMERÍA	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Horario de martes a viernes 07:00A12:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00	Citas médicas: Call center 3330333125

GRSE_NOMBRE	COD	NOMBRE DEL SERVICIO	HORARIO DE ATENCION	CONTACTO
			sábados de 07:00A13:00	Urgencias: +57 3212164907
Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	Miércoles y viernes de 14:00A18:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Consulta Externa	420	VACUNACIÓN	Horario de martes a viernes 07:00A12:00-13:00A18:00 sábados de 07:00A13:00	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Internación	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907
Internación	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	Horario de lunes a domingo 00:00A23:59	Citas médicas: Call center 3330333125 Urgencias: +57 3212164907

Se expide para fines pertinentes el día 15 de noviembre de 2024

YHERALDIN HOYOS PERDOMO
DIRECTORA TECNICA DE SERVICIOS

Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSION: 1
		CÓDIGO: M-GS-PS-F-036
SEGUIMIENTO DE METAS DE CONVENIOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA		FECHA: 30/Oct/2024

NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA	NIT ESE	891800906-3	
MUNICIPIO	VILLA DE LEYVA	NIVEL DE COMPLEJIDAD	1	
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	N° DE CONVENIO	N°3458 de 2024	
VALOR DE CONVENIO	300,473,873	PERIODO INFORMACION A EVALUAR	TERCER TRIMESTRE (Julio-Septiembre)	AÑO 2024

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

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

NOTA: **ADJUNTAR AL PRESENTE INFORME CERTIFICACION FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE INDIQUE LOS SERVICIOS PRESTADOS, HORARIOS DE CADA UNO Y MECANISMO DE CONTACTO PARA ACCEDER A ESOS SERVICIOS**

3. METAS DE GESTION DE FINANCIERA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR

3.1 RECAUDO CORRIENTE VENTAS DE SERVICIO DE SALUD

	RECONOCIDOS	RECAUDADOS	CUMPLE	NO CUMPLE
Ingresos Corrientes (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual I TRIMESTRE	$ 1,615,757,903.00	$ 620,470,286.00	X	
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual II TRIMESTRE	$ 1,923,262,987.00	$ 1,224,285,193.00		
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual III TRIMESTRE	$ 1,765,628,467.00	$ 1,439,999,382.00		
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual IV TRIMESTRE	$ 0.00	$ 0.00		
TOTAL DE INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS DE LA SEDE VIGENCIA ACTUAL	$ 5,304,649,357.00	$ 3,284,754,861.00		

3.2 GASTOS DE OPERACIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE

Gastos generados por venta de servicios I TRIMESTRE	$ 3,777,900,718.00
Gastos generados por venta de servicios II TRIMESTRE	$ 847,262,916.00
Gastos generados por venta de servicios III TRIMESTRE	$ 1,532,829,982.00
Gastos generados por venta de servicios IV TRIMESTRE	$ 0.00
TOTAL DE GASTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE	$ 6,157,993,616.00

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

MARIA EUGENIA MONTEJO PEREZ
REPRESENTANTE LEGAL ESE

JOSE ALEDY SALAZAR GIRALDO
CONTADOR PUBLICO CONTRATISTA
N° Tarjeta Profesional : 93955-T

Revisado por: Espacio exclusivo para el SUPERVISOR DEL CONVENIO

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR Lo reportado por la entidad coincide con los dispuesto en la plataforma de SIHO

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

NOMBRE SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
CARGO	Directora de prestación de servicios de salud

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

NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA**	**NIT ESE**	**891.800.906-3**
MUNICIPIO	VILLA DE LEYVA	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	**N° DE CONVENIO**	N° 3458 de 2024
VALOR DE CONVENIO	$ 300,473,873	**PERIODO A EVALUAR**	tercer trimestre (Julio a Septiembre de 2024)

Consecutivo	CONCEPTO	VIGENCIA	VALOR	OBSERVACIONES
1	Prestacion de Servicios Asistenciales y Administrativos con contrato celebrado con la Empresa de Servicios Temporales W Colombia.	2024	**$ 210,331,711**	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA			$ 210,331,711	

OBSERVACIONES

Por lo anterior como Representante Legal y Contador/Revisor fiscal, certifico que los recursos de subsidio a la oferta vigencia_____fueron destinados y ejecutados de acuerdo a lo plasmado en los Estados Financieros de la ESE

Firma

Nombre Gerente:	Maria Eugenia Montejo Paez
Nombre ESE	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

Firma

Nombre Contador /Revisor Fiscal	Jose Aledy Salazar Giraldo
N° de Tarjeta Profesional	93.955-T

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

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:		**CONVENIO:**	X
INTERVENTORÍA:		**SUPERVISIÓN**	X
PARCIAL	x	**FINAL**	

INFORME No:	**1**			FECHA:	**12**	de	**NOVIEMBRE**	de	**2024**	
PERIODO:	DEL **25**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	AL	**30**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**
No. CONTRATO O CONVENIO	**3458**	DE	**2024**	FECHA:	**18**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 300.473.873,00**			RPC	**7127**					
REGISTRO BP y P No.	**2024 00415 0119**									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA**									

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

INFORMACION DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	**SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO**

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

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	25	09	2024
PLAZO INICIAL	**HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
PLAZO CON ADICIONES	**NO APLICA**		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	31	12	2024
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)			

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

INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	25	09	2024	
ACTA PARCIAL 1	12	11	2024	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

CONTRATO O CONVENIO

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

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

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

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO

ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	

1. Destinar los recursos asignados a el/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, ubicada en el municipio de Villa De Leyva única y exclusivamente a la financiación de los gastos de la operación de la prestación de servicios de salud de la vigencia 2024. El Representante Legal de la ESE será el responsable de la destinación y ejecución de los recursos ya mencionados de acuerdo con la destinación específica y el objeto del convenio sopena de asumir las responsabilidades con consecuencias en el orden disciplinario y/o penal por el uso inadecuado de los recursos públicos del subsidio a la oferta que le fueron asignados.	La ESE entrega la adición presupuesta del valor del convenio de subsidio a la oferta Entrega FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M- GS-PS-F-037 VERSION: 0, Firmado por e Representante Legal de la ESE y contador/revisor fiscal de la institución.		X		ADICION PRESUPUESTAL Y FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0
2. Cumplir las metas establecidas de gestión de calidad, gestión de producción y gestión financiera establecidas por la Secretaría de Salud en cumplimiento a la Resolución 484 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes. 2.1 Metas de Gestión de Calidad. El/La ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, debe tener: a) Un tiempo promedio menor o igual de 3 días para la asignación de cita de medicina General; 2.2 Metas de Gestión de Producción: El/La ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, se debe comprometer al funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS -Registro Especial de Prestadores de Salud. 2.3 Metas para la Gestión Financiera: a) Para la vigencia de 2024 El/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, se compromete a determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede, con periodicidad trimestral. b) Para la vigencia de 2024 El/La ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, se compromete a determinar los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.	Presentan formato 036V1 Y 037 de acuerdo a las indicaciones establecidas y se corrobora con los sistemas de informacion dispuestos para tal fin		X		Formato: M-GS-PS-F-036 V1 "SEGUIMIENTO DE METAS CONVENIO SUBSIDIO A LA OFERTA" firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE

3. Manejar una cuenta bancaria específica para los recursos de SGP-Subsidio a la oferta por tratarse de recursos de destinación específica. Los rendimientos financieros generados en esta cuenta durante la vigencia del presente convenio deberán ser reintegrados al término de la liquidación del presente convenio a Departamento de Boyacá a la cuenta bancaria que el supervisor indique.	Manejan cuenta bancaria exclusiva para los recursos de subsidio a la oferta		X		Certificacion bancaria
4. Presentar de manera correcta y oportuna los formatos de FORMATO SEGUIMIENTO DE METAS DE CONVENIOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA CÓDIGO: M-GS-PSF-036 y FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS-PS-F037 al Supervisor de convenio y demás documentación requerida para los respectivos pagos del presente convenio. En caso de que la información no se entregue en los plazos establecidos y de la manera solicitada al supervisor, éste no se verá obligado a tramitar los pagos estipulados en el convenio.	PRESENTAN FORMATO SEGUIMIENTO DE METAS DE CONVENIOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA CÓDIGO: M-GS-PSF-036V1 y FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA CÓDIGO: M-GS-PS-F037, DE ACUERDO A INDICACIONES DISPUESTAL PARA TAL FIN		X		FORMATO SEGUIMIENTO DE METAS DE CONVENIOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA CÓDIGO: M- GS-PSF-036V1 y FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS-PS-F037
5. En el evento de que el/la "ESE" incumpla con alguna de las metas y/o indicadores pactados en el presente convenio, la ESE deberá justificar de manera expedita, en forma escrita y de manera detallada al supervisor las razones de incumplimiento de la meta y/o indicador. Si el supervisor evidencia que el incumplimiento es por caso fortuito o por causas externas originadas por terceros, se avalará su incumplimiento mediante la evaluación del formato de seguimiento de metas y se procederá a su respectivo pago.	Ver formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE		X		Formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA

6. En el caso de que el/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA incumpla con alguna de las metas y/o indicadores pactados en el presente convenio y la ESE no tenga una justificación válida para el incumplimiento, la ESE deberá suscribir un plan de mejora con las especificaciones solicitadas a corte 30 de noviembre de 2024 ante el supervisor para poder tramitar su respectivo pago. Para la liquidación del convenio, la ESE deberá demostrar ejecución del plan de mejora de acuerdo a los compromisos pactados.	Ver formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE		X		Formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA
7. En el caso de que el/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA no ejecute el 100% del valor del convenio asignado a la ESE, la ESE deberá reintegrar el saldo no ejecutado al Departamento de Boyacá a la cuenta bancaria denominada SGP-Prestación de Servicios del Departamento de Boyacá y que el supervisor indique al término de la liquidación del presente convenio.	FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0		x		FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0
8. Para el trámite de cada pago el/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA, estará sujeta a la evaluación y revisión de las metas e indicadores de gestión financiera, gestión de producción, gestión de calidad del presente convenio de acuerdo a la plataforma SIHO según cronograma del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3,Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 y/o los Estados Financieros certificados por el representante legal y el contador de la institución según la normatividad contable vigente. Para la liquidación del convenio, la ESE estará sujeta a la evaluación y revisión de las metas e indicadores de gestión financiera, gestión de producción, gestión de calidad del presente convenio, una vez sea validada la información con corte a 30 de noviembre de 2024.	La ESE presenta los soportes dispuestos para la verificacion de ejecucion del convenio interadministrativo y se corrobora con los sistemas dispuestos para tal fin		X		

9. En el evento de que al cierre de la vigencia fiscal el/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA no cumpla con alguno de los indicadores o de las metas establecidas ocasionadas por caso fortuito o por causas externas originadas por terceros, no será causa para no efectuar la liquidación del convenio, por esta razón la ESE deberá presentar la justificación y explicación correspondiente ante el Supervisor para su respectiva evaluación.	Convenio en ejecucion con proyeccion de terminacion el 31 de diciembre de 2024		X		
10. En caso de que el/la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA incurra en una destinación inadecuada de los recursos de subsidio a la oferta, será un motivo para la suspensión del presente convenio.	En la primera fase de seguimiento a la ejecucion no se evidencia destinacion inadecuada de recursos, esto de acuerdo a los soportes presentados por la entidad		X		
11. Cumplir con las recomendaciones del supervisor del convenio e informar por medio expedito y oportunamente por escrito cualquier anormalidad surgida durante la ejecución del mismo.	La ESE da cumplimiento a las indicaciones y recomendaciones dadas por el supervisor para la ejecucion de los convenios y entrega de documentacion		X		
12. Presentar los informes sobre ejecución técnica y financiera con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera.	Se presentan los formatos dispuestos para el monitoreo de las metas dispuestas en el convenio de acuerdo a la normatividad vigente		X		

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

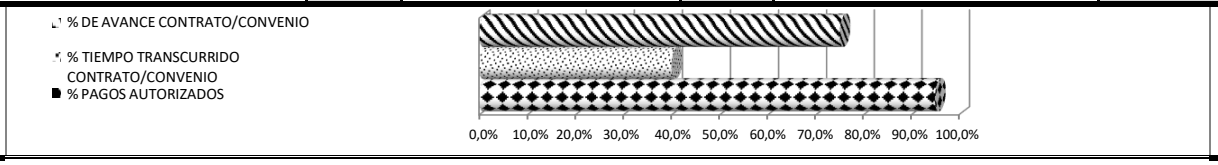
INFORME TÉCNICO

ue permiten evidenciar el cumplimiento de las metas propuestas por la Resolucion 484 de 2024 y que son obligato

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**95,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**40,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**95,0%**



DESCRIPCION DETALLADA DE LA EJECUCION, AVANCE Y ESTADO DEL CONTRATO Y/O CONVENIO CON ESPECIFICACION EN CUANTO A LAS PARTICULARIDADES Y OBSERVACIONES PRESENTADAS EN EL DESARROLLO CONTRACTUAL

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Convenio en proceso de ejecución y de acuerdo a la CLASULA CUARTA-FORMA DE DESEMBOLSO, se realizó un giro anticipado por valor de 70% con suscripción de acta de inicio, de acuerdo a cumplimiento de metas de gestión de producción, gestión de calidad y gestión financiera se realizará el SEGUNDO PAGO por valor de 25% del Convenio y el Pago final por valor del 5% del convenio

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	177769999257	FIDUCIA No.:	NA	BANCO:	DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:	NA				
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	NA				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA DE INICIO	70%	24	09	2024	$ 210.331.711,00
ACTA PARCIAL No.1	25%	12	11	2024	$ 75.118.468,00
TOTAL					**$ 285.450.179,00**

INFORME JURÍDICO

El convenio se encuentra debidamente en curso y legalizado de acuerdo a la normatividad vigente del subsidio a la oferta según Ley 1955 de 2019, Ley 715 de 2001, Decreto 268 de 2020 y Resolución 484 de 2024

OBSERVACIONES:

SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**



Secretaría de SALUD

Tunja, noviembre de 2024

CONVENIO No. 3458 DE 2024

INFORME METODOLOGIA PARA SEGUIMIENTO A CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS DE ACUERDO A LA RESOLUCION 484 DE 2024.

Acorde a las facultades conferidas en el artículo 2.4.2.8 del Decreto 780 de 2016 sustituido parcialmente por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020 y de forma específica a la Resolución 484 de 2024 **la cual tiene por objeto** fijar los lineamientos para la ejecución de los recursos del subcomponente del subsidio a la oferta de la participación en salud del Sistema General de Participaciones - SGP, por parte de los departamentos, distritos y municipios certificados, así como de las Empresas Sociales del Estado y de los administradores de infraestructura pública, que sean monopolio en servicios trazadores y a la cual se da cumplimiento con la suscripción de los convenios de subsidio a la oferta entre el Departamento de Boyacá y las ESE Monopolio de prestación de servicios del Departamento.

El monitoreo se realiza de acuerdo a los dispuesto en el artículo cinco de la Resolución 484 de 2024:

Artículo 5. ***Indicadores y metas***. Las metas que se definen para los indicadores de que trata el artículo 2.4.2.7. del Decreto 780 de 2016 sustituido parcialmente por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, serán las siguientes:

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.

5.1.2. Para instituciones con servicios de mediana y alta complejidad:

a. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina especializada de pediatría.

b. Tiempo promedio de espera para a la asignación de citas de medicina especializada en medicina interna.

c. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas en ginecobstetricia.

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.

5.3. Gestión financiera:

5.3.1. Determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede, con periodicidad trimestral.

5.3.2. Determinar los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.

La Verificación de cumplimento de los indicadores de gestión de calidad y financiero establecidos en el convenio se realiza de acuerdo a lo reportado por la ESE en el apreciativo del SIHO del Ministerio de Salud y protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, el indicador de producción se verifica en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) el cual debe corresponder a la oferta de los servicios establecidos como obligatorios para la ESE según el PTRRM 21014 y Concepto técnico, Ajuste I aI PTRRM de ESE del Departamento de Boyacá, de fecha 04 de abril de 2023 aprobado desde MSP'S.

Igualmente se precisa que los recursos asignados mediante el convenio suscrito con la ESE son para atender la operación corriente de toda la vigencia 2024, razón por la cual el monitorio de cumplimiento de los indicadores debe corresponder a los servicios prestados durante la vigencia para la cual fueron asignados los recursos de acuerdo a lo preceptuado por la resolución 484 de 2024.

SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
DIRECTORA DE PRESTACION DE SERVICIOS
SUPERVISORA

Elaboro: CATHERINE HASBLADY ROSAS RODRIGUEZ
Profesional de apoyo subsidio a la oferta