

 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. 3544

Contratista: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI

Teléfono y Correo Electrónico: 314143895 administrativa@ese-togui-boyaca.gov.co

Periodo Informe Supervisión: DESDE 24 DE SEPTIEMBRE HASTA 31 DE OCTUBRE DE 2024

Pago Único ☐ Parcial ☒ 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 confirmación 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 electrónica o Documento Equivalente. (Artículo 617 y 618 de Estatuto Tributario). Incluir en la factura para consorcios y uniones temporales nombre o razón social, Nit, y % de participación de sus integrantes s/n D. 3050/97 Art. 11. 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. _____ 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.



2bs
oferta

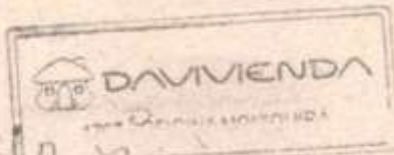
DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA

CERTIFICA

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOGÜI** Nit 820.003.435-9, es titular de la Cuenta Corriente Número 176769998244, denominada **"SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA"**.

Se expide en Moniquirá a solicitud del interesado, a los 24 días del mes de Septiembre del año dos mil veinticuatro (2024).



ANGELA YAZMYNI SAENZ GUERRERO
Directora Oficina 1767 Moniquirá

Yadira/1767

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
	ACTA PARCIAL	

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	2024-11-07		
CONTRATO _____ CONVENIO __X__	3544	DE FECHA: 19-09-2024	
OBJETO	ES FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI	NIT: 820003435-9	C.C: 40.046.185
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	C.C: 46.670.615	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	268.211.440.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	268.211.440.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	\$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	\$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 268.211.440.00		
PLAZO INICIAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE INICIACIÓN	24-09-2024		
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 24 DE SEPTIEMBRE 2024 HASTA EL 31 DE OCTUBRE 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: 7227 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 el señora LINA ROSA ABRIL SANCHEZ 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, características 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	\$ 187,748,008.00
Sumatoria Amortizaciones	\$ 187,748,008.00
Saldo por Amortizar	\$ 0.00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (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	\$ 268,211,440.00	
Amortización Anticipo		187,748,008.00
Valor a pagar de la presente acta		67,052,860.00
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		\$13,410,572.00
Sumas iguales	268,211,440.00	268,211,440.00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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: 17676999824-4	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: XX
---------------------------	-------------------	----------	---------------

*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 certificado 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:

Firma:

Nombre: SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Nombre: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ
CONTRATISTA

* 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

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Togui
No responsable de IVA
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621

Carrera 3 #1-58 Puesto De Salud

Teléfono: 3114817215

NIT: 820003435-9

Factura Electrónica de Venta

No. FE253173

Fecha emisión 07/11/2024

Autoriza DIAN 18704081793687, Fecha: 2024-10-18 hasta 2025-10-18, Prefijo FE, Factura 253097 al 254500.

Página 1 / de 1

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA
Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

NIT: 891800498-1

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Otro*

Fecha de Pago: 06/02/2025

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAI	POR CONCEPTO DEL PRIMER PAGO DEL 25% DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 3544 DE 2024, CUYO OBJETO ES FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE CENTRO DE SALUD DE TOGUI VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA	67,052,860.00	1.00	67,052,860.00

Valor total factura electrónica #FE253173

67,052,860.00

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

67,052,860.00

Valor EN LETRAS: SESENTA Y SIETE MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS M.C.T.E

IPS esetogui@gmail.com

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 175769998244

Entidad Bancaria: BANCO DAVIVIENDA -

CUFE: 17a772ca790519b0dc21d9a11cb12a870d49095ada9685a35737906f065cd0b24b4c1afa5b8971402117d349a19470b7

Documento generado el 07/11/2024 18:50 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

Rcd. 7/11/24

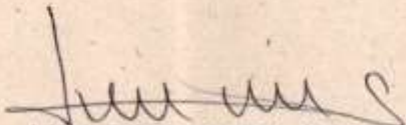
	E.S.E CENTRO DE SALUD TOGÜI NIT. 820.003.435-9		
	SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN		
	ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	FORMATO
	Versión 1	F-DE-05	20-08-2024
CERTIFICACIONES			Página 1 de 1

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, **LINA ROSA ABRIL SANCHEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N°. 40.046.185 expedida en Tunja, en mi condición de Representante Legal de La **E.S.E Centro de Salud de Togüi**, identificada con NIT. 820.003.435-9, certifico que, desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de Octubre de 2024, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 100 de 1993, artículos 4° y 13 del Decreto 1295 de 1994, numeral 4 del artículo 7 de la ley 21 de 1982, artículo 1 de la ley 89 de 1988.

La presente se expide hoy doce (12) de Noviembre de dos mil veinticuatro (2024).


LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
 Representante Legal
 ESE Centro de Salud de Togüi

Carrera 3 N. ° 1 – 58, Togüi – Boyacá – Colombia, Código Postal 154401,

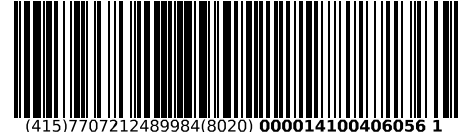
Teléfono.3114817215 –Correo Electrónico. Gerencia@ese-toqui-boyaca.gov.co
administrativa@ese-toqui-boyaca.gov.co

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141004060561			
				 (415)7707212489984(8020) 000014100406056 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 2 0 0 0 3 4 3 5		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Tunja		14. Buzón electrónico 2 0	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de Identificación		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
35. Razón social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI							
36. Nombre comercial				37. Sigla			
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Boyacá		40. Ciudad/Municipio Togüí		8 1 6	
41. Dirección principal CR 3 1 58							
42. Correo electrónico administrativa@ese-togui-boyaca.gov.co							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 1 4 8 1 7 2 1 5			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 2 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 0 1 0 8 1 0	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 6 7 9 1 4 1 6 4 2 5 2							
06- Ingresos y patrimonio.							
07- Retención en la fuente a título de rent							
09- Retención en la fuente en el impuesto							
14- Informante de exogena							
16- Obligación facturar por ingresos bienes							
42- Obligado a llevar contabilidad							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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 X NO		60. No. de Folios: 7		61. Fecha 2024 - 04 - 04 / 09 : 18: 58			
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 ROJAS MEDINA GLORIA EMILSEN 985. Cargo Gestor I			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141004060561



(415)7707212489984(8020) 000014100406056 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 0 0 0 3 4 3 5

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

2 0

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

3

63. Formas asociativas

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

2 3

2

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

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

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia Nacional de Salud

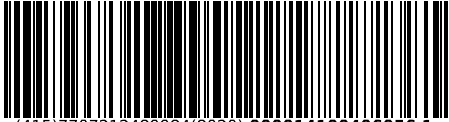
1 0

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 4 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141004060561			
				 (415)7707212489984(8020) 000014100406056 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 2 0 0 0 3 4 3 5		9		Impuestos y Aduanas de Tunja		2 0	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 0 4 0 1			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 4 0 0 4 6 1 8 5		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido ABRIL		105. Segundo apellido SANCHEZ		106. Primer nombre LINA		107. Otros nombres ROSA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
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			
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			
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			
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			

		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				001		
Espacio reservado para la DIAN				Página 4 de 4 Hoja 5				
				4. Número de formulario 141004060561				
 (415)7707212489984(8020) 000014100406056 1								
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico		
8 2 0 0 0 3 4 3 5				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		2 3 9 8 4 0 3 7		8		2 1 0 7 3 7 T	
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre		155. Otros nombres	
	CARDENAS		ARIAS		ALYDA		MAYERLY	
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						

	E.S.E CENTRO DE SALUD TOGÜI NIT. 820.003.435-9		
	SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN		
	ESTRATÉGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	FORMATO
	Versión 1	F-DE-05	20-08-2024
CERTIFICACIONES			Página 1 de 1

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CENTRO DE SALUD DE TOGÜI

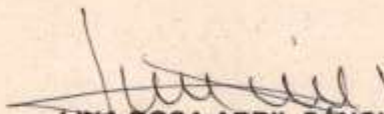
CERTIFICA

Que la E.S.E CENTRO DE SALUD TOGÜI identificada con Nit 820.003.435-9, actualmente presta los siguientes servicios, horarios y cuenta con líneas de atención:

- **ENFERMERIA:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **MEDICINA GENERAL:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **ODONTOLOGIA GENERAL:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **PSICOLOGIA:** Se presta en el horario de lunes y miércoles de 1:00pm a 5:00pm y los días martes jueves y viernes de 8:00am – 12:00 pm
- **VACUNACION:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **LABORATORIO CLINICO:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 7:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **SERVICIO FARMACEUTICO:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **RADIOLOGIA ODONTOLOGICA:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS:** Se presta en el horario de lunes a viernes de 8:00am – 12:00 pm y 1:00 pm -5:00 pm.
- **TRASPORTE ASISTENCIAL BASICO:** Se presta en el horario de domingo a domingo las 24 horas.

Los mecanismos de contacto que se encuentran destinados para el contacto de los pacientes son los teléfonos 3203217251 y 3114820337

La presente se Expide en el Municipio de Togüi a los ocho (08) días del mes de noviembre del año Dos Mil Veinticuatro (2024).


LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ
 Gerente
 E.S.E. Centro de Salud Togüi

Carrera 3 N. ° 1 – 58, Togüi – Boyacá – Colombia, Código Postal 154401,

Teléfono.3114817215 –Correo Electrónico. Gerencia@ese-togui-boyaca.gov.co
administrativa@ese-togui-boyaca.gov.co



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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÚI	NIT ESE	820003435-9	
MUNICIPIO	TOGÚI	NIVEL DE COMPLEJIDAD	1	
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	N° DE CONVENIO	N° 3544 de 2024	
VALOR DE CONVENIO	\$ 268,211,440.00	PERIODO INFORMACION A EVALUAR	TERCER TRIMESTRE (Julio-Septiembre)	AÑO 2024

1. METAS DE GESTION CALIDAD	META	SITUACION ACTUAL
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
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	
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	
1.4 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de 8 días para la asignación de cita en obstetricia.	≤ 8 días	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR	
CUMPLE	NO CUMPLE
X	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR	
CUMPLE	NO CUMPLE
X	

2. METAS DE GESTION DE PRODUCCION	SI	NO
La Empresa Social del Estado presta los servicios de salud habilitados en los horarios reportados en el REPS	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		
3.1 RECAUDO CORRIENTE VENTAS DE SERVICIO DE SALUD		
	RECONOCIDOS	RECAUDADOS
Ingresos Corrientes (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual I TRIMESTRE	\$ 311,186,998.00	\$ 272,534,381.00
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual II TRIMESTRE	\$ 308,128,638.00	\$ 287,507,115.00
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual III TRIMESTRE	\$ 426,229,719.00	\$ 317,066,935.00
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	\$ 1,045,545,355.00	\$ 877,108,431.00
3.2 GASTOS DE OPERACIÓN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE		
Gastos generados por venta de servicios I TRIMESTRE	\$ 579,902,376.00	
Gastos generados por venta de servicios II TRIMESTRE	\$ 383,806,811.00	
Gastos generados por venta de servicios III TRIMESTRE	\$ 346,041,410.00	
Gastos generados por venta de servicios IV TRIMESTRE	\$ 0.00	
TOTAL DE GASTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE	\$ 1,309,750,597.00	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR	
CUMPLE	NO CUMPLE
X	

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 igual forma, 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.

LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
REPRESENTANTE LEGAL ESE

ALYDA MAYERLY CARDENAS ARIAS
CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL
N° Tarjeta Profesional : 210737-T

Revisado por: _____ Espacio exclusivo para el SUPERVISOR DEL CONVENIO

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: Lo reportado por la entidad corresponde a lo dispuesto en la plataforma 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.

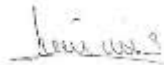
NOMBRE SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
CARGO	Directora de prestación de servicios de salud

	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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI	NIT ESE	820003435-9
MUNICIPIO	TOGUI	NIVEL DE COMPLEJIDAD	1
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	N° DE CONVENIO	N° 3544 de 2024
VALOR DE CONVENIO	\$ 268,211,440	PERIODO A EVALUAR	TERCER TRIMESTRE (Julio-Septiembre)

Consecutivo	CONCEPTO	VIGENCIA	VALOR	OBSERVACIONES
1	PAGO SERVICIOS OCTUBRE CONTRATO N: CD-ESECST-050 DE 2024 PRESTACION	2024	\$ 19,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
2	PAGO SERVICIOS OCTUBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-052 DE 2024	2024	\$ 3,000,000	
3	PAGO SERVICIOS OCTUBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-063 SERVICIOS GENERAL	2024	\$ 1,650,000	
4	PAGO PARCIAL CONTRATO N: CD-ESECST-070 DE 2024 SUMINISTRO	2024	\$ 14,970,630	PENDIENTE POR PAGAR
5	PAGO SERVICIOS OCTUBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-078 DE 2024 REGENTE	2024	\$ 2,200,000	
6	PAGO PARCIAL CONTRATO N: CD-ESECST-079 DE 2024 SUMINISTRO MATERIAL	2024	\$ 20,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
7	PAGO SERVICIOS OCTUBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-064 DE 2024 MEDICO	2024	\$ 1,640,000	
8	PAGO SERVICIOS OCTUBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-065 DE 2024 MEDICO	2024	\$ 2,050,000	PENDIENTE POR PAGAR
9	PAGO SERVICIOS NOVIEMBRE CONTRATO N: CD-ESECST-050 DE 2024	2024	\$ 19,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
10	PAGO NOMINA ADMINISTRATIVA MES DE NOVIEMBRE	2024	\$ 8,635,568	PENDIENTE POR PAGAR
11	PAGO NOMINA OPERATIVA MES DE NOVIEMBRE	2024	\$ 21,507,835	PENDIENTE POR PAGAR
12	PAGO SERVICIOS NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-077 DE 2024 PARA	2024	\$ 5,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
13	PAGO CONTRATO DE OBRA N: CD-ESECST-082 DE 2024 PARA EL MANTENIMIENTO	2024	\$ 7,410,572	PENDIENTE POR PAGAR
14	PAGO PARCIAL CONTRATO N: CD-ESECST-011 DE 2024 SUMINISTRO	2024	\$ 2,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
15	PAGO SERVICIOS NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-064 DE 2024	2024	\$ 2,050,000	PENDIENTE POR PAGAR
16	PAGO SERVICIOS NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-065 DE 2024	2024	\$ 1,640,000	PENDIENTE POR PAGAR
17	SERVICIOS NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-052 DE 2024 ODONTOLO	2024	\$ 3,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
18	PAGO SERVICIOS NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-063 SERVICIOS GENER	2024	\$ 1,650,000	PENDIENTE POR PAGAR
19	PAGO SERVICIOS NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N: CD-ESECST-078 DE 2024	2024	\$ 2,200,000	PENDIENTE POR PAGAR
20	PAGO SERVICIOS DICIEMBRE CONTRATO N: CD-ESECST-050 DE 2024	2024	\$ 19,000,000	PENDIENTE POR PAGAR
21	PAGO NOMINA ADMINISTRATIVA MES DE DICIEMBRE	2024	\$ 8,635,568	PENDIENTE POR PAGAR
22	PAGO NOMINA OPERATIVA MES DE DICIEMBRE	2024	\$ 21,507,835	PENDIENTE POR PAGAR
TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA			\$ 187,748,008	
OBSERVACIONES				

Por lo anterior como Representante Legal y Contador/Revisor fiscal, certifico que los recursos de subsidio a la oferta vigencia 2024 fueron destinados y ejecutados de acuerdo a lo plasmado en los Estados Financieros de la ESE

			
Nombre Gerente:	LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ	Nombre Contador /Revisor Fiscal	ALYDA MAYERLY CARDENAS ARIAS
Nombre ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI	N° de Tarjeta Profesional	210737-T

	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:	☒
INTERVENTORÍA:	_____	SUPERVISIÓN	☒
PARCIAL	☒	FINAL	_____



INFORME No:	1			FECHA:	7	de	NOVIEMBRE	de	2024			
PERIODO:	DEL	24	de	SEPTIEMBRE	de	2024	AL	31	de	OCTUBRE	de	2024
Nº. CONTRATO O CONVENIO	3544	DE	2024	FECHA:	19	de	SEPTIEMBRE	de	2024			
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	\$ 268.211.440,00			RPC		7227						
REGISTRO BP y P No.	2024 00415 0119											
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI											
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI												
OBJETO: FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.												

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO			
Teléfono:	Dirección:			
FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN		CONTRATO/CONVENIO		
		dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN		24	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)				

	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	24	09	2024	
ACTA PARCIAL 1	7	11	2024	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO				
CONTRATO O CONVENIO				
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			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	

		FORMATO			VERSIÓN: 1	
					CÓDIGO: A-AD-GC-F-029	
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN					FECHA: 26/Feb/2021	
<p>1. Destinar los recursos asignados a el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI, ubicada en el municipio de Togüí 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.</p>		<p>La ESE entrega la adición presupuestal 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 el Representante Legal de la ESE y contador/revisor fiscal de la institución.</p>		<p>X</p>		<p>ADICION PRESUPUESTAL Y FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0</p>
<p>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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI, 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI, 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI, 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI, se compromete a determinar los ingresos que genera la sede monopolio, con periodicidad trimestral.</p>		<p>Presentan formato 036V1 Y 037 de acuerdo a las indicaciones establecidas y se corrobora con los sistemas de informacion dispuestos para tal fin</p>		<p>X</p>		<p>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</p>

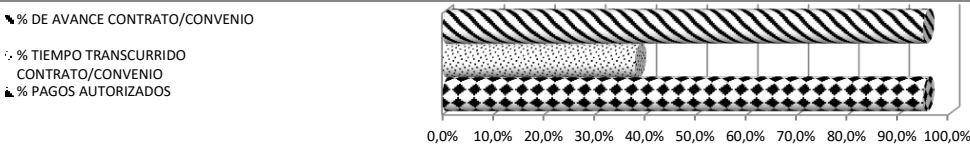
		FORMATO			VERSIÓN: 1	
					CÓDIGO: A-AD-GC-F-029	
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN					FECHA: 26/Feb/2021	
3. Manejar una cuenta bancaria específica para los recursos de SGP-Subsidio a la oferta por tratarse de recursos de destinación específica. Los rendimientos financieros generados en esta cuenta durante la vigencia del presente convenio deberán ser reintegrados al término de la liquidación del presente convenio al 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 del 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 del 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

		FORMATO			VERSIÓN: 1	
					CÓDIGO: A-AD-GC-F-029	
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN					FECHA: 26/Feb/2021	
<p>6. En el caso de que el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI 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.</p>		<p>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</p>		X	<p>Formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA</p>	
<p>7. En el caso de que el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI 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.</p>		<p>FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0</p>		X	<p>FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0</p>	
<p>8. Para el trámite de cada pago el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI, 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.</p>		<p>La ESE presenta los soportes dispuestos para la verificación de ejecución del convenio interadministrativo y se corrobora con los sistemas dispuestos para tal fin</p>		X		

	FORMATO		VERSIÓN: 1		
			CÓDIGO: A-AD-GC-F-029		
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN			FECHA: 26/Feb/2021		
<p>9. En el evento de que al cierre de la vigencia fiscal el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI 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 causal 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.</p>	<p>Convenio en ejecución con proyección de terminación el 31 de diciembre de 2024</p>		X		
<p>10. En caso de que el/la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI incurra en una destinación inadecuada de los recursos del subsidio a la oferta, será un motivo para la suspensión del presente convenio.</p>	<p>En la primera fase de seguimiento a la ejecución no se evidencia destinación inadecuada de recursos, esto de acuerdo a los soportes presentados por la entidad</p>		X		
<p>11. Cumplir con las recomendaciones del supervisor del convenio e informar por medio expedito y oportunamente por escrito cualquier anomalía surgida durante la ejecución del mismo.</p>	<p>La ESE da cumplimiento a las indicaciones y recomendaciones dadas por el supervisor para la ejecución de los convenios y entrega de documentación</p>		X		
<p>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.</p>	<p>Se presentan los formatos dispuestos para el monitoreo de las metas dispuestas en el convenio de acuerdo a la normatividad vigente</p>		X		

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

<p align="center">INFORME TÉCNICO</p> <p align="center"><i>La ESE cumple con los requerimientos y solicitudes que permiten evidenciar el cumplimiento de las metas propuestas por la Resolución 484 de 2024 y que son obligatorias, a través de los formatos dispuestos para tal fin</i></p>

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	95,0%	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	38,0%	% 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

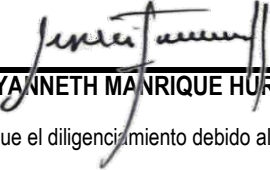
Convenio en proceso de ejecución y de acuerdo a la CLASULA CUARTA-FORMA DE DESEMBOLSO, se realizó un giro anticipado por valor de 70% con suscripción de acta de inicio, de acuerdo a cumplimiento de metas de gestión de producción, gestión de calidad y gestión financiera se realizará el SEGUNDO PAGO por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

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	17676999824-4	FIDUCIA No.:	NA	BANCO:	DIVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:					
DESCRIPCIÓN		PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)		VALOR
ACTA DE INICIO		70%	24	09	2024
ACTA PARCIAL No.1		25%	7	11	2024
TOTAL					\$ 254.800.868,00

INFORME JURÍDICO
<p>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 20</p>

<p>OBSERVACIONES:</p> <p>La ejecución de recursos de subsidio a la oferta está determinada de acuerdo al Acuerdo de Adición Presupuestal aprobada por la</p>

	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021
Junta Directiva de la ESE y el FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M GS PS F 037 VERSION: 0 certificado por el Representante Legal y Contador de la ESE		



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."**