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

Contrato No. **3508-2024**

Contratista: **ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ**

Teléfono y Correo Electrónico: **3124527531 esejaimediazperez@saneduardo-boyaca.gov.co**

Periodo Informe Supervisión: DESDE 28/10/2024 HASTA31/10/2024

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._____ 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

CERTIFICA:

Que en la oficina 1768 Miraflores, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, identificado con el Nit.8200039066, se encuentra vinculado mediante cuenta Corriente número 176869996718 denominada " EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ- SUBSIDIO A LA OFERTA ", La cual a la fecha se encuentra vigente y Activa.

Fecha de Apertura 2023/12/28

A solicitud del interesado, se expide en Miraflores Boyacá a los 25 días del mes de junio de 2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Cordialmente,

Luz Marina Páez Arias.

Director Administrativo

Oficina Miraflores Boyacá.

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

ACTA PARCIAL	Nº1		
FECHA PRESENTE ACTA	**20/11/2024**		
CONTRATO ____ CONVENIO __X__	3508	DE FECHA: 19-09-2024	
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ DEL MUNICIPIO DE SAN EDUARDO PARA LA VIGENCIA 2024, CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.		
CONTRATISTA	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ		NIT: 820.003.906-6
	JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR		C.C: 7.127.768
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 211,377,027.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 211,377,027.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 211,377,027.00		
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	28/10/2024		
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	28/10/2024 HASTA 31/10/2024		
RBPP N°	2024 00415 0119		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 7191 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 señor JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR 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	$ 147,963,918.90
Sumatoria Amotizaciones	$ 147,963,918.90
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	211,377,027.00	
Amortización Anticipo		147,963,918.90
Valor a pagar de la presente acta		52,844,256.75
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		10,568,851.35
Sumas iguales	211,377,027.00	211,377,027.00

**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:176869996718	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.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- -2024
2281

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

Firma: _____
Nombre: JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
CONTRATISTA

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
16 DE DICIEMBRE DE 2024
FECHA _____

* 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 (CUAN
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y

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

Empresa Social Del Estado Centro De Salud Jaime Diaz Perez

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621

Calle 5 #5-01 Teléfono: 3124527531 **NIT: 820003906-6**

Factura Electrónica de Venta **No. FE179374** Fecha emisión 25/11/2024

Autoriza DIAN 18764073197643, Fecha: 2024-06-20 hasta 2025-06-20, Prefijo FE, Factura 179035 al 180000.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: SUBSIDIO A LA OFERTA - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 23/02/2025

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	POR CONCEPTO 25% CONTRATO No. 3508-2024 FINANCIAR GASTOS OPERACION PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ESE JAIME DIAZ PEREZ DE SAN EDUARDO POR LA SUMA DE CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS ($52,844,256,75) M/cte.	52,844,256.75	1.00	52,844,256.75

Valor total factura electrónica #FE179374 52,844,256.75

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: SUBSIDIO A LA OFERTA - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **52,844,256.75**

Valor EN LETRAS: CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS M/CTE

IPS esejaimediazperez@saneduardo-boyaca.gov.co

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: 176869996718 Entidad Bancaria: BANCO DAVIVIENDA -

CUFE: dc25ff72f2f4cb0db3d3615606b410d0264b2bfe13dd32691f2fc161bf17d9ac6d87bf74809da04f9e4b6542697e6697

Documento generado el 25/11/2024 10:58 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

E.S.E. Centro de Salud
Jaime Díaz Pérez
San Eduardo - Boyacá
NIT 820.003.906-6

EL SUSCRITO GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ SAN EDUARDO - BOYACA

CERTIFICA

Yo, **JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR,** identificado con cédula de ciudadanía No. 7.127.768 expedida en Villa de Leiva, en mi condición de Representante Legal de la E.S.E. CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ identificada con NIT 820.003.906-6, certifico que, con corte a 30 de septiembre y 31 de octubre de 2024, la empresa realizó el pago de los aportes al sistema de seguridad social 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 el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en San Eduardo, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre de 2024, con destino a Departamento de Boyacá para convenio subsidio a la oferta.

JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
Gerente E. S. E.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003676317

(415)7707212489984(8020) 000014100367631 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 9 0 6	6	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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	San Eduardo 6 6 0

41. Dirección principal
CL 5 5 01

42. Correo electrónico esejaimediazperez@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 1 4 1 6 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
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 - 02 / 17 : 02: 09

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 MUNEVAR MUNEVAR JUAN CAMILO

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: 141003676317

(415)7707212489984(8020) **000014100367631 7**

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

Vigencia

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003676317

(415)7707212489984(8020) **000014100367631 7**

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MUNEVAR	MUNEVAR	JUAN	CAMILO

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003676317

(415)7707212489984(8020) **000014100367631 7**

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

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PACHECO	AVILA	LEONEL	FERNANDO

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ	**NIT ESE**	**820.003.906-6**	
MUNICIPIO	SAN EDUARDO	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1	
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	**N° DE CONVENIO**	**N° 3508 de 2024**	
VALOR DE CONVENIO	211,377,027.00	**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	**1.85**	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**

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR

CUMPLE	**NO CUMPLE**
X	

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	**$ 89,038,947.00**	**$ 78,542,810.00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual II TRIMESTRE	**$ 119,694,543.00**	**$ 114,675,545.00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual III TRIMESTRE	**$ 204,549,300.00**	**$ 193,947,920.00**
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	**$ 413,282,790.00**	**$ 387,166,275.00**

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

Gastos generados por venta de servicios I TRIMESTRE	**$ 260,489,945.00**
Gastos generados por venta de servicios II TRIMESTRE	**$ 180,986,957.00**
Gastos generados por venta de servicios III TRIMESTRE	**$ 146,543,099.00**
Gastos generados por venta de servicios IV TRIMESTRE	**$ 0.00**
TOTAL DE GASTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE	**$ 588,020,001.00**

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 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 .

JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
REPRESENTANTE LEGAL ESE

LEONEL FERNANDO PACHECO AVILA
CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL
N° Tarjeta Profesional : 189452-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**

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**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 JAIME DIAZ PEREZ**	**NIT ESE**	**820.003.906-6**
MUNICIPIO	SAN EDUARDO	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	**N° DE CONVENIO**	3508-2024
VALOR DE CONVENIO	$ 211,377,027	**PERIODO A EVALUAR**	TERCER TRIMESTRE (Julio-Septiembre)

Consecutivo	CONCEPTO	VIGENCIA	VALOR	OBSERVACIONES
1	Pago Nomina empleados ESE 2024	2024	$ 34,772,619	COMPROMETIDO
2	Pago prima de servicios Empleados	2024	$ 4,954,336	COMPROMETIDO
3	Pago Bonificacion por Servicios Prestados	2024	$ 3,159,649	COMPROMETIDO
4	Pago subsidio de alimentación empleados	2024	$ 3,328,488	COMPROMETIDO
5	Pago vacaciones Tecnico Administrativo	2024	$ 3,107,813	COMPROMETIDO
6	Pago vacaciones Auxiliar en salud	2024	$ 2,225,573	COMPROMETIDO
7	Pago vacaciones Auxiliar servicios generales	2024	$ 1,952,113	COMPROMETIDO
8	Pago medicamentos	2024	$ 18,375,971	COMPROMETIDO
9	Pago compra equipo biomedico	2024	$ 8,900,000	COMPROMETIDO
10	Pago dotación empleados	2024	$ 3,500,000	COMPROMETIDO
11	Pago suministro de equipos de computo servicio medicina- psicologia- Enfermeria-	2024	$ 12,000,000	COMPROMETIDO
12	Pago liquidación prestaciones sociales medico servicio social obligatorio	2024	$ 11,080,056	COMPROMETIDO
13	Pago viaticos y gastos de viaje funcionarios de planta ESE capacitaciones	2024	$ 5,480,000	COMPROMETIDO
14	Pago manejo de residuos hospitalarios	2024	$ 710,040	COMPROMETIDO
15	Pago mantenimiento y lavado de tanques	2024	$ 800,000	COMPROMETIDO
16	Pago servicios tecnicos conductor ambulancia disponibilidad	2024	$ 3,900,000	COMPROMETIDO
17	Pago contrato CSM-042-2024 actualizacón sotware facturación servicios salud	2024	$ 5,000,000	COMPROMETIDO
18	Pago servicios tecnicos auxiliar salud disponibilidad	2024	$ 3,000,000	COMPROMETIDO
19	Pago contrato CSM-050-2024 mantenimiento planta electrica	2024	$ 4,841,500	COMPROMETIDO
20	Pago prestacion servicios profesionales Enfermera	2024	$ 7,800,000	COMPROMETIDO
21	Pago prestacion servicios profesionales Odontologa	2024	$ 9,000,000	COMPROMETIDO
22	Pago servicios públicos	2024	$ 75,760	COMPROMETIDO
	TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA		**$ 147,963,918**	

OBSERVACIONES: Primer pago corresponde al 70% por un valor de $147.963.918,90, dichos recursos estan comprometidos para pagos relacionados con la prestación de servicios de salud.

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:	**JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR**
Nombre ESE	ESE CENTRO SALUD JAIME DIAZ PEREZ

Nombre Contador /Revisor Fiscal	**LEONEL FENANDO PACHECO AVILA**
N° de Tarjeta Profesional	189452-T

EL SUSCRITO GERENTE LA E.S.E CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ

DE SAN EDUARDO – BOYACA

CERTIFICA

Que la ESE CENTRO E SALUD JAIME DIAZ PEREZ identificada con NIT 820.003.906-6, RESPS 156600070301; cuenta con la línea telefónica numero 3124527531 para agendamiento de citas: horario de lunes a viernes 07:30 am a 10:00 am; para acceder a los servicios habilitados:

GRUPO SERVICIO	CÓDIGO	NOMBRE SERVICIO	HORARIO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Dia martes de 06:30 am a 10:30 am
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	Lunes a viernes 07:30 am 12:30 pm y 02:00 pm a 06:00 pm
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	24horas 7 días a la semana

Para constancia se expide y se firma en la Empresa Social del Estado Centro de Salud **JAIME DIAZ PEREZ**, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024). Con destino a Departamento de Boyacá.

JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
GERENTE E. S. E.

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:	**20**	de	**NOVIEMBRE**	de	**2024**

PERIODO: DEL	**28**	de	**OCTUBRE**	de	**2024**	AL	**31**	de	**OCTUBRE**	de	**2024**

No. CONTRATO O CONVENIO	**3508**	DE	**2024**	FECHA:	**19**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 211.377.027,00**	RPC	**7191**
REGISTRO BP y P No.	**2024 00415 0119**		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ**		

ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ

OBJETO: FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ DEL MUNICIPIO DE SAN EDUARDO 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: Dirección:

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	28	10	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)			

INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	28	10	2024	
ACTA PARCIAL 1	20	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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, ubicada en el municipio de San Eduardo 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 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.		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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, 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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, 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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, 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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, 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 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

6. En el caso de que el/la ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ 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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ 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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ, 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 CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ 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.	Convenio en ejecucion con proyeccion de terminacion el 31 de diciembre de 2024		X		
10. En caso de que el/la ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ incurra en una destinación inadecuada de los recursos del 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**

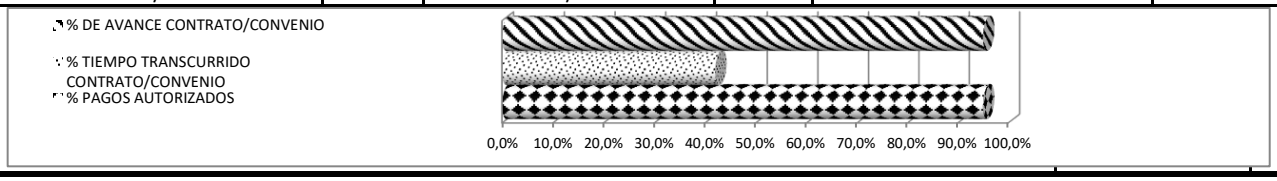
INFORME TÉCNICO

La ESE cumple con los requerimientos y solicitudes que permiten evidenciar el cumplimiento de las metas propuestas por la Resolucion 484 de 2024 y que son obligatorias, a traves de los formatos dispuestos para tal fin

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**95,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**42,0%**	% 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.	1768699967-18	FIDUCIA No.:	N.A	BANCO:	DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:					

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA DE INICIO	70%	28	10	2024	$ 147.962.918,90
ACTA PARCIAL No.1	25%	20	11	2024	$ 52.844.256,75
TOTAL					**$ 200.807.175,65**

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:

La ejecución de recursos de subsidio a la oferta está determinada de acuerdo al Acuerdo de Adición Presupuestal aprobada por la

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

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
16 DE DICIEMBRE DE 2024
FECHA _____

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. 3508 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/ DIEGO RINCON
Profesional de apoyo subsidio a la oferta