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. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 3468

Contratista: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI

Teléfono y Correo Electrónico: 3152621995- eselasmercedes@yahoo.es

Periodo Informe Supervisión: DESDE 2 DE OCTUBRE HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2024

Pago Único_____Parcial_____Final___X_

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.

BANCO DE BOGOTA
NIT. 860.002.964-4

INFORMA QUE:

La E.S.E. HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUÍ, *identificada con NIT.* ***826002777-1*** *se encuentra vinculada con la cuenta de ahorros* ***596613216,*** *denominada* ***E.S.E. HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUÍ - SUBSIDIO A LA OFERTA-CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.3468,*** *abierta el día 24 de Septiembre de 2024, la cual a la fecha se encuentra activa, vigente y normal.*

Se expide en Duitama a los Veinticuatro (24) días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado.

EDGAR FERNANDO SUESCÚN PÉREZ
Ejecutivo Comercial Banca Oficial Boyacá Oriental

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

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	12 de diciembre de 2024		
CONTRATO ____CONVENIO __X__	3468	**DE FECHA:18 DE SEPTIEMBRE DE 2024**	
OBJETO	**FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.**		
CONTRATISTA	:EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI		NIT:826.002.777-1
	R/L JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO		C.C: 1.110.444.242
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 171.324.825,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 171.324.825,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 171.324.825,00		
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	02 DE OCTUBRE DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	NO APLICA		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	02 DE OCTUBRE 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:__7137_____ AÑO: _2024_, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de la secretarai de salud de Boyaca se reunieron los señores, Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor y la señora Jenny Paola Ruiz Buitrago 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	$ 119.927.377,50
Sumatoria Amotizaciones	$ 119.927.377,50
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	$ 171.324.825,00	
Amortización Anticipo		119.927.377,50
Valor a pagar de la presente acta		42.831.206,25
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		$ 8.566.241,25
Sumas iguales	171.324.825,00	171.324.825,00

**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: 596613216	BANCO: BANCO DE BOGOTA	AHORROS: **X**	CORRIENTE:

*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

Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- -2024
2343

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

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

Firma: _____
Nombre: JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO
CONTRATISTA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
17 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 (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Empresa Social Del Estado Hospital Las Mercedes

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8610

Carrera 15 #700 Teléfono: 3103201423 **NIT: 826002777-1**

Factura Electrónica de Venta **No. FE329167** Fecha emisión 02/12/2024

Autoriza DIAN 18764065707611, Fecha: 2024-02-16 hasta 2025-02-16, Prefijo FE, Factura 328871 al 330000.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - GOBERNACION DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 02/03/2025

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	CONCEPTO: PAGO NUMERO 002 CONVENIO INTER-ADMINISTRATIVO 3468 CUYO OBJETO: ES FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACION DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD EN LA ESE HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.	42,831,206.25	1.00	42,831,206.25

Valor total factura electrónica #FE329167 42,831,206.25

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: - GOBERNACION DE BOYACA - **42,831,206.25**

Valor EN LETRAS: CUARENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS SEIS PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS M/CTE

JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO

IPS jbaez27@novacorp-plus.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: 596613216 Entidad Bancaria: BANCO BOGOTA - Ahorros

CUFE: 7035a8c2708ddc6bcd1fb8a66e7801c073c7ee713b94daa6cd5d8549f5b3598d27381ade4b0b64a3b376753c24e7adcc

Documento generado el 02/12/2024 14:24 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI
Nit 826002777-1

CERTIFICA

Que, **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI** del Municipio de Monguí, con NIT.822002777-1, ha realizado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, exigidos por la Ley vigente por lo tanto se encuentra a paz y salvo por todo concepto en el mes de septiembre de 2024, y no cuenta con retraso o mora en el pago de estos 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.

Se expide la presente certificación a los (15) días del mes de octubre de 2024

E.S.E. HOSPITAL LAS MERCEDES
Monguí - Boyacá
"Salud con Calidad y Humanidad para Sumercé"

JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO
REPRESENTANTE LEGAL ESE HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI
Nit 826002777-1

CERTIFICA

Que, **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI** del Municipio de Monguí, con NIT.822002777-1, ha realizado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, exigidos por la Ley vigente por lo tanto se encuentra a paz y salvo por todo concepto en el mes de octubre de 2024, y no cuenta con retraso o mora en el pago de estos 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.

Se expide la presente certificación a los (15) días del mes de noviembre de 2024.

E.S.E. HOSPITAL LAS MERCEDES
Monguí - Boyacá
"Salud con Calidad y Humanidad para Sumercé"

JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO
REPRESENTANTE LEGAL ESE HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141006990281

(415)7707212489984(8020) 000014100699028 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 7 7 7	1	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Monguí 4 6 6

41. Dirección principal
CR 5 N 700

42. Correo electrónico eselasmercedes@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 08 / 14 : 01: 04

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 RUIZ BUITRAGO JENNY PAOLA
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141006990281

(415)7707212489984(8020) **000014100699028 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 7 7 7	1	Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 4 2 9		-
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: 141006990281

(415)7707212489984(8020) **000014100699028 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 7 7 7	1	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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	1 1 1 0 4 4 4 2 4 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RUIZ	BUITRAGO	JENNY	PAOLA

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: 141006990281

(415)7707212489984(8020) **000014100699028 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 7 7 7		Impuestos y Aduanas de Sogamoso	2 6	

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 5 0 1 4 1 9		7 5 4 3 0 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CUERVO	RUBIO	SABINA	

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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 HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI	NIT ESE	826.002.777-1	
MUNICIPIO	MONGUÍ	NIVEL DE COMPLEJIDAD	1	
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	N° DE CONVENIO	N° 3468 de 2024	
VALOR DE CONVENIO	$ 171.324.825	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	X	
Para instituciones con medio nivel y alto nivel de complejidad				
1.2 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **5** días para la asignación de cita de medicina especializada de pediatría.	≤ 5 días	NA		
1.3 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **15** días para la asignación de cita de medicina especializada de medicina interna.	≤ 15 días	NA		
1.4 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **8** días para la asignación de cita en obstetricia.	≤ 8 días	NA		

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

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

3. METAS DE GESTION DE FINANCIERA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL SUPERVISOR

3.1 RECAUDO CORRIENTE VENTAS DE SERVICIO DE SALUD

	RECONOCIDOS	RECAUDADOS	CUMPLE	NO CUMPLE
Ingresos Corrientes (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual I TRIMESTRE	$ 209.770.699,00	$ 189.809.109,00	X	
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual II TRIMESTRE	$ 208.303.569,00	$ 182.371.629,00		
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual III TRIMESTRE	$ 437.061.472,00	$ 307.635.332,00		
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	$ 855.135.740,00	$ 679.816.070,00		

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

Gastos generados por venta de servicios I TRIMESTRE	$ 372.325.571,00
Gastos generados por venta de servicios II TRIMESTRE	$ 283.009.390,00
Gastos generados por venta de servicios III TRIMESTRE	$ 606.155.509,00
Gastos generados por venta de servicios IV TRIMESTRE	$ 0,00
TOTAL DE GASTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE	$ 1.261.490.470,00

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 .

(Firma)

JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO
REPRESENTANTE LEGAL ESE

ANDREA CAROLINA CARDOZO LEMUS
CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL
N° Tarjeta Profesional : 144795-T

Revisado por: Espacio exclusivo para el SUPERVISOR DEL CONVENIO

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR

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.

(Firma)

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

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES

CERTIFICA:

Que la Empresa Social del Estado Hospital Las Mercedes de Monguí cuenta con los servicios prestados debidamente registrados y habilitados según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente para la operación de los prestadores de servicios de salud en Colombia según la siguiente relación

GRUPO DEL SERVICIO	CODIGO	NOMBRE SERVICIO	HORARIO DE ATENCION	CONTACTO
Consulta externa	312	ENFERMERIA	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
Consulta externa	328	MEDICINA GENERAL	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
Consulta externa	334	ODONTOLOGIA GENER	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
Consulta externa	420	VACUNACION	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
Consulta externa	706	LABORATORIO CLÍNICO	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
Consulta externa	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	Lunes a Viernes 07:30am 12:30-13:30pm17:30	Presencial Telefónicamente: 3214543207
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	24 HORAS	Presencial Telefónicamente: 3134230605

La presente se expide a solicitud del interesado para los fines que estime pertinentes en el municipio de Mongui Departamento de Boyacá a los (12) doce días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024)

JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO

GERENTE

E.S.E. HOSPITAL LAS MERCEDES
Monguí - Boyacá
"Salud con Calidad y Humanidad para Sumercé"

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 HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI**	**NIT ESE**	**826.002.777-1**
MUNICIPIO	MONGUI	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	BAJA
SUPERVISOR CONVENIO	WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS	**N° DE CONVENIO**	3468 DE 2024
VALOR DE CONVENIO	$ 171.324.825	**PERIODO A EVALUAR**	Vigencia 2024 Segundo giro 25% convenio

Consecutivo	CONCEPTO	VIGENCIA	VALOR	OBSERVACIONES
1	COMPROMISO DE NOMINA GERENTE	**2024**	**$ 5.036.217**	
2	COMPROMISO DE NOMINA MEDICO SSO	**2024**	$ 4.007.979	
3	COMPROMISO DE NOMINA TESORERO	**2024**	$ 2.606.804	
4	COMPROMISO CONTRATO HMM- PS 35	**2024**	$ 11.393.481	
5	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-37	**2024**	$ 3.600.000	
6	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-42	**2024**	$ 2.100.000	
7	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-48	**2024**	$ 5.000.000	
8	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-45	**2024**	$ 2.000.000	
9	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-46	**2024**	$ 2.000.000	
10	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-45	**2024**	$ 2.600.000	
11	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-44	**2024**	$ 2.400.000	
12	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-65	**2024**	$ 2.000.000	
13	COMPROMISO CONTRATO HMM-PS-43	**2024**	$ 2.000.000	
14	COMPROMISO LIQUIDACION MEDICO SSO	**2024**	$ 14.435.405	
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA			$ 61.179.886	

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:	**JENNY PAOLA RUIZ BUITRAGO**
Nombre ESE	E.S.E HOSPITAL LAS MERCEDES

Nombre Contador /Revisor Fiscal	ANDREA CAROLINA CARDOZO LEMUS
N° de Tarjeta Profesional	144795-T

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

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

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

INFORME No:	**1**			FECHA:	**12**	de	**DICIEMBRE**	de	**2024**	
PERIODO:	DEL **2**	de	**OCTUBRE**	de	**2024**	AL	**31**	de	**OCTUBRE**	de	**2024**
No. CONTRATO O CONVENIO	**3468**	DE	**2024**	FECHA:	**18**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 171.324.825,00**			RPC	**7137**					
REGISTRO BP y P No.	**2024 00415 0119**									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUÍ.**									

OBJETO:FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUÍ PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.

INFORMACION DEL CONTRATO O CONVENIO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	**SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO**			
Teléfono: 7420111	Dirección: **Avenida Colon N° 22A-16**			
FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa	
FECHA DE INICIACIÓN	2	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	2	10	2024	
ACTA PARCIAL 1	12	12	2004	

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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE, ubicada en el municipio de Labranzagrande 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE, 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE, 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE, 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE, 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE, 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD MUNICIPIO DE LABRANZAGRANDE 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**

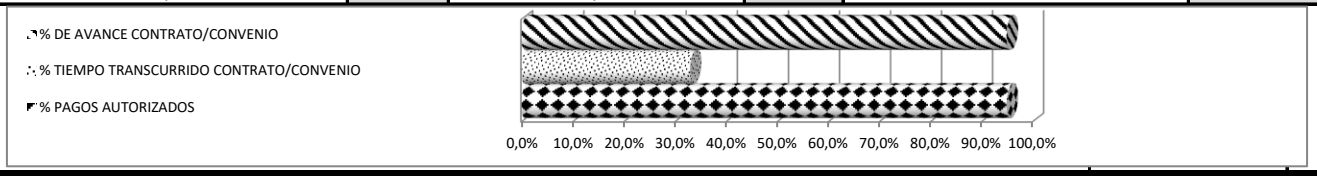
INFORME TÉCNICO

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	33,0%	% 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.	596613216,00	FIDUCIA No.:	NA	BANCO:	BANCO DE BOGOTA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:	NA				
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	E.S.E. HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUÍ - SUBSIDIO A LA OFERTA-CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No.3468				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA DE INICIO	70%	2	10	2024	$ 119.927.377,50
ACTA PARCIAL No.1	25%	12	12	2024	$ 42.831.206,25
TOTAL					**$ 162.758.583,75**

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

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

SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO

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

Secretaría de SALUD

Tunja, noviembre de 2024

CONVENIO No. 3468 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 al PTRRM de ESE del Departamento de Boyacá, de fecha 04 de abril de 2023 aprobado desde MSP'S.

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

SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
DIRECTORA DE PRESTACION DE SERVICIOS
SUPERVISORA

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