GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	11 DE DICEIMBRE DE 2024		
CONTRATO ____CONVENIO ____	No. 3549	DE FECHA:	19/09/2024
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.		
CONTRATISTA	E.S.E PUESTO DE SALUDSAN MIGUEL DETUTA		NIT: 820003641-1
	R/L LIZ NATALIACELY RODRIGUEZ		C.C: 1054678677
INTERVENTOR __SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 229,482,680.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 229,482,680.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 229,482,680.00		
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	30/09/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	11 DE DICIEMBRE DE 2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DESDE EL 31 DE OCTUBRE DEL 2024 HASTA EL 11 DE DICIEMBRE DEL 2024		
RBPP N°	2024 00415 0119		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:7232 AÑO: 2024

En las oficinas de la secretaria de salud de Boyaca se reunieron los señores,Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor, y la Señora Liz Natalia Cely Rodriguez 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° N.A del mes (es) N.A de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 160.637.876.00
Sumatoria Amotizaciones	$ 160.637.876.00
Saldo por Amortizar	$ 0.00

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

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o Convenio	229,482,680.00	
Amortización Anticipo		-
Valor a pagar de la presente acta		11,474,134.00
Valor Total actas pagadas		218,008,546.00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	229,482,680.00	229,482,680.00

**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: 03800000320	BANCO: BANCOLOMBIA	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:

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

Boyacá Contratación
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 20/12/2024

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

Firma: _____
Nombre:E.S.E PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL TUTA
R/L. LIZ NATALIA CELY RODRIG
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

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

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. **3549 DE 2024**

Contratista: **E.S.E PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA R/L**
LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ

Teléfono y Correo Electrónico: gerencia@ese-tuta-boyaca.gov.co

Periodo Informe Supervisión: DESDE EL 31 DE OCTUBRE DE 2024 HASTA EL 11 DE DICIEMBRE 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.

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 20/12/2024

Certificación Bancaria

Bancolombia

Paipa, 30 de Septiembre 2024

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el cliente **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL** identificado con NIT **820.003.641**, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta Corriente denominada: SGP SUBSIDIO A LA OFERTA	038-000003-20	2020/10/01	ACTIVA

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Certificación Bancaria

Bancolombia

Paipa, 11 de Diciembre de 2024

Señor(a)

A QUIEN INTERESE

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **E.S.E. SAN MIGUEL** identificado (a) con Nit N° **820003641**, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado	Rendimientos Pagados a la Fecha
CUENTA CORRIENTE	038-000003-20	2020/10/01	ACTIVA	$0.00

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGU
NIT 820.003.641-1
calle 6 N 7-07 tuta boyaca
Tel: (608) 3212013381
Tuta - Colombia
tesoreria@ese-tuta-boyaca.gov.co

Factura electrÃ³nica de venta
No. FE 276884

Señores	DEPARTAMENTO DE BOYACA		
NIT	891.800.498-1	**Teléfono**	(608) 7420150 - Ext. 2112
Dirección	CL 20 9 90 SEC CENTRO	**Ciudad**	Tunja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/12/2024, 16:50
Expedición	03/12/2024, 16:50
Vencimiento	03/12/2024

Ítem	Descripción	Tercero	Id. Tercero	Cantidad	Vr. Total	Nombre producto	Código	Vr. Unitario	Vr. Bruto	Valor desc.
1	PAGO 003 CONTRATO N° 3549 DE 2024- SUBSIDIO A LA OFERTA	DEPARTAMENTO DE BOYACA	891800498	1.00	11,474,134.00	SUBSIDIO A LA OFERTA	SUB-OFERTA	11,474,134.00	11,474,134.00	0.00

Total items: 1

Total Bruto	11,474,134.00
Total a Pagar	11,474,134.00

Valor en Letras: Once millones cuatrocientos setenta y cuatro mil ciento treinta y cuatro pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 11,474,134.00

Observaciones: FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS N° 03800000320
DENOMINADA CUENTA CORRIENTE SUBSIDIO A LA OFERTA BANCOLOMBIA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764067129436 aprobado en 20240310 prefijo FE desde el número 276241 al 276942 Vigencia: 12 Meses**
Empresa del Estado - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0
CUFE: e2bedf0dc3dc2e854dc670444f87899daff71bc8155c4f3081e302e2ff6cfa30661bff04891b58084c87b86105f58815

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

CERTIFICACIÓN

LA SUSCRITA CONTADORA Y LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA

HACEN CONSTAR

Que la **E.S.E. Puesto de Salud San Miguel de Tuta,** identificada con NIT 820.003.641 – 1:del 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2024; se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto relacionado con sus obligaciones respecto al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje exigidos por la ley.

En constancia se firma en el municipio de Tuta, a los tres (03) días del mes de diciembre del año 2024.

LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ
C.C.1.054.678.677
GERENTE E.S.E

LILIANA ROCIO VIASUS ROJAS
CONTADOR PÚBLICO
P 177986-T

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 20/12/2024

E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

CERTIFICACIÓN

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA

HACE CONSTAR:

Que la **E.S.E. Puesto de Salud San Miguel de Tuta,** identificada con Nit: 820.003.641 – 1, durante los últimos seis (06) meses; esta entidad esta a **PAZ Y SALVO** por todo concepto relacionado con sus obligaciones respecto al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y Aportes a la Caja de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje exigidos por la ley.

Para constancia se firma en Tuta a los once (11) días del mes de diciembre del año 2024.

LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ
C. de C. No. 1.054.678.677 de Moniquira
GERENTE

E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003558859

(415)7707212489984(8020) 000014100355885 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 6 4 1	1	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 PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tuta 8 3 7

41. Dirección principal
CL 6 7 07

42. Correo electrónico tesoreria@ese-tuta-boyaca.gov.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 3 0 3 2 5	8 6 2 2	2 0 0 3 0 3 2 5					

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	9	1	4	4	2	5	2																	

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2024 - 04 - 02 / 12 : 11: 39

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 DIAZ PARRA HERNAN DARIO

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003558859

(415)7707212489984(8020) **000014100355885 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 6 4 1	1	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	
72. Número	1 3	
73. Fecha	2 0 0 3 0 3 2 5	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 3 2 5	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	8 3 7	

Vigencia

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

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 1 0 1		-
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: 141003558859

(415)7707212489984(8020) **000014100355885 9**

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CELY	RODRIGUEZ	LIZ	NATALIA

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

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003558859

(415)7707212489984(8020) **000014100355885 9**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

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

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

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

135. Fecha de nombramiento:

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento:

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 0 5 6 1 5	6	1 7 7 9 8 6 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
VIASUS	ROJAS	LILIANA	ROCIO

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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 PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL	**NIT ESE**	**820003641-1**	
MUNICIPIO	TUTA	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1	
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANETH MANRIQUE	**N° DE CONVENIO**	N° 3549 de 2024	
VALOR DE CONVENIO	DOSCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS ($229.482.680.00) M/CTE.	**PERIODO INFORMACION A EVALUAR**	CUARTO TRIMESTRE (Octubre-Diciembre)	**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	1,18	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	N/A		
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	N/A		
1.4 La ESE debe tener un tiempo promedio menor o igual de **8** días para la asignación de cita en obstetricia.	≤ 8 días	N/A		

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	

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

CUMPLE X | **NO CUMPLE**

3.1 RECAUDO CORRIENTE VENTAS DE SERVICIO DE SALUD

	RECONOCIDOS	**RECAUDADOS**
Ingresos Corrientes (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual I TRIMESTRE	**$ 349.190.578,00**	**$ 272.453.043,00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual II TRIMESTRE	**$ 332.516.372,00**	**$ 151.043.083,00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual III TRIMESTRE	**$ 394.373.492,00**	**$ 557.434.301,00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual IV TRIMESTRE	**$ 265.299.288,00**	**$ 287.713.584,00**
TOTAL DE INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS DE LA SEDE VIGENCIA ACTUAL	**$ 1.341.379.730,00**	**$ 1.268.644.011,00**

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

Gastos generados por venta de servicios I TRIMESTRE	**$ 647.914.598,00**
Gastos generados por venta de servicios II TRIMESTRE	**$ 197.871.553,00**
Gastos generados por venta de servicios III TRIMESTRE	**$ 443.042.896,00**
Gastos generados por venta de servicios IV TRIMESTRE	**$ 193.822.053,00**
TOTAL DE GASTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE	**$ 1.482.651.100,00**

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)

LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL ESE

LILIANA ROCIO VIASUS ROJAS
CONTADOR Y/O REVISOR FISCAL
N° Tarjeta Profesional : 177986 - 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	

Tuta, 26 de noviembre de 2024

CERTIFICACION

Como representante legal de la Ese Puesto de Salud San Miguel de Tuta nit 820003641-1 código de habilitación 158370070901 me permito certificar servicios habilitados ante el REPS y sus respectivos horarios de atención.

De acuerdo a la propuesta recibida, ponemos a consideración la contrapropuesta, teniendo en cuenta que el valor que se ofrece para la prestación del servicio, no generaría rentabilidad a la Ese y tendríamos que asumir la prestación de los servicios por otro centro de costos.

SERVICIO	LUNES	MARTES	MIERCO	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
LABORATORIO CLÍNICO	07:30A13:00 14:00A17:00	07:30A13:00 14:00A17:00	07:30A13:00 14:00A17:00	07:30A13:00 14:00A17:00			07:30A13:00
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	07:30A13:00 14:00A17:00	07:30A13:00 14:00A17:00	07:30A13:00 14:00A17:00	07:30A13:00 14:00A17:00			07:30A13:00
SERVICIO FARMACÉUTICO	08:00A13:00 13:00A17:00	08:00A13:00 13:00A17:00	08:00A13:00 13:00A17:00	08:00A13:00 13:00A17:00			08:00A13:00
TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00			08:00A13:00
RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00			08:00A13:00
TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
ENFERMERÍA	08:00A13:00	08:00A13:00	08:00A13:00	08:00A13:00			08:00A13:00

E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

	14:00A17:00	14:00A17:00	14:00A17:00	14:00A17:00			
MEDICINA GENERAL	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00	08:00A13:00 14:00A17:00			08:00A13:00
ODONTOLOGÍA GENERAL	08:00A13:00- 14:00A17:00	08:00A13:00- 14:00A17:00	08:00A13:00- 14:00A17:00	08:00A13:00- 14:00A17:00			08:00A13:00
VACUNACIÓN	08:00A13:00- 14:00A17:00	08:00A13:00- 14:00A17:00	08:00A13:00- 14:00A17:00	08:00A13:00- 14:00A17:00			08:00A13:00
PSICOLOGÍA	08:00A12:00		08:00A12:00		08:00A12:00		

De igual forma certifico que se establecieron tres canales para asignación de citas:

- Telefónico
- WhatsApp
- Presencial en la oficina de Siau



Comprometidos con Proteger tu Salud

CARTA

Se concertó con el comité de atención al usuario y se socializo con la comunidad los horarios de atención para asignación de citas, y se establece un número telefónico para acceso a la atención prioritaria.



Cordialmente

LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ
Gerente
ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA

ESE SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

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	**E.S.E PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA**	**NIT ESE**	**820003641**
MUNICIPIO	TUTA	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANETH MANRIQUE HURTADO	**N° DE CONVENIO**	N° 3549 DE 2024
VALOR DE CONVENIO	DOCIENTOS VEINTINUEVE MILONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS MILLONES ($229.482.680.00) M/CTE.	**PERIODO A EVALUAR**	CUARTO TRIMESTRE (octubre - noviembre)

Consecutivo	CONCEPTO	VIGENCIA	VALOR	OBSERVACIONES
1	SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL MES DE OCTUBRE 2024	2024	$ 3.249.450	
2	SERVICIO MANTENIMIENTOS VEHICULOS TAB	2024	$ 7.289.500	
3	NOMINA MES DE OCTUBRE PRESONAL DE PLANTA PINSIPAL Y TEMPORAL	2024	$ 26.010.176	
4	SERVICIO AUXILIAR ODONTOLOGIA MES DE OCTUBRE	2024	$ 1.540.000	
5	SERVICIO ODONTOLOGA MES DE OCTUBRE	2024	$ 1.800.000	
6	PAGO SERVICIO DE FACTURACION ELECTRONICA SIIGO	2024	$ 1.490.820	
7	GASTOS BANCARIOS MES DE OCTUBRE	2024	$ 38.747	
8	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPOS BIOMEDICOS (REPUESTOS COMPRESORES)	2024	$ 4.704.438	
9	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPOS BIOMEDICOS	2024	$ 4.371.593	
10	SUMINISTRO MATERIALES MEDICOQUIRURGICO Y DE LABORATORIO	2024	$ 2.023.551	
11	SUMINISTRO MEDICAMENTOS	2024	$ 18.653.959	
12	SUMINISTRO MATERIAL ODONTOLOGICO	2024	$ 3.104.456	
13	NOMINA FUNCIONARIOS PERSONAL PLANTA TEMPORAL MES DE NOVIEMBRE	2024	$ 5.365.996	
14	NOMINA PERSONAL PLANTA TEMPORAL-SUPERNUMERARIO MES DE NOVIEMBRE	2024	$ 10.540.509	
15	NOMINA PERSONAL DE PLANTA PRINCIPAL MES DE NOVIEMBRE	2024	$ 28.113.079	
17	SERVICIO DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILADO	2024	$ 257.350	
18	SERVICIO DE ENERGIA DEL PERIODO SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2024	2024	$ 2.694.990	
19	SEGURIDAD SOCIAL PERIODO NOVIEMBRE DICIEMBRE 2024	2024	$ 17.845.700	
20	SERVICIO AUXILIAR ODONTOLOGIA MES DE NOVIEMBRE	2024	$ 1.540.000	
21	SERVICIO ODONTOLOGA MES DE NOVIEMBRE	2024	$ 1.800.000	
22	SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL MES DE NOVIEMBRE 2024	2024	$ 3.249.450	
25	SERVICIO DE MANTENIMIENTO EQUIPOS DE COMPUTO TERCER VISITA	2024	$ 1.540.000	
26	SERVICIO DE MANTENIMIENTO EQUIPOS DE COMPUTO CUARTA VISITA	2024	$ 1.540.000	
27	SUMINISTRO MEDICAMENTOS	2024	$ 1.079.950	proyeccion por ejecutar el pago
28	SUMINISTRO MATERIAL ODONTOLOGICO	2024	$ 116.753	proyeccion por ejecutar el pago
29	SUMINISTRO COMBUSTIBLE VEHICULOS TAB ESE	2024	$ 1.419.916	proyeccion por ejecutar el pago
30	SERVICIO DE RECOLECCION DE RESIDUOS PELIGROSOS - DESCONT FACTURA 1897786	2024	$ 233.963	proyeccion por ejecutar el pago
31	PAGO SUMINISTRO OXIGENO MEDICINAL	2024	$ 1.798.882	
32	LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES MEDICO SSO	2024	$ 14.848.560	proyeccion por ejecutar el pago
33	NOMINA PERSONAL PLANTA TEMPORAL-SUPERNUMERARIO MES DE DICIEMBRE	2024	$ 10.540.509	proyeccion por ejecutar el pago
34	NOMINA PERSONAL DE PLANTA PRINCIPAL MES DE DICIEMBRE	2024	$ 28.113.079	proyeccion por ejecutar el pago
35	SEGURIDAD SOCIAL PERIODO DICIEMBRE ENERO 2024	2024	$ 17.845.700	proyeccion por ejecutar el pago
36	SERVICIO DE RECOLECCION DE RESIDUOS PELIGROSOS - DESCONT FACTURA 1903177	2024	$ 164.228	proyeccion por ejecutar el pago
37	SERVICIO AUXILIAR ODONTOLOGIA MES DE NOVIEMBRE	2024	$ 1.540.000	proyeccion por ejecutar el pago
38	SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL MES DE DICIEMBRE 2024 (ABONO)	2024	$ 3.017.377	proyeccion por ejecutar el pago
TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA			$ 229.482.680	

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:	**LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ**
Nombre ESE	E.S.E PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA

Nombre Contador /Revisor Fiscal	**LILIANA ROCIO VIASUS ROJAS**
N° de Tarjeta Profesional	177986 - 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		**FINAL**	**X**

Boyacá | Contratación
TRAMITADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 20/12/2024

INFORME No:	**2**			FECHA:	**11**	de	**DICIEMBRE**	de	**2024**	
PERIODO:	DEL **1**	de	**NOVIEMBRE**	de	**2024**	AL	**11**	de	**DICIEMBRE**	de	**2024**
No. CONTRATO O CONVENIO	**3549**	DE	**2024**	FECHA:	**19**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 229.482.680,00**	RPC	**7232**
REGISTRO BP y P No.	**2024 00415 0119**		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**E.S.E PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA**		

OBJETO:FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA 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	30	09	2024
PLAZO INICIAL	**HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
PLAZO CON ADICIONES	**NO APLICA**		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	31	12	2024
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	11	12	2024

INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO				
DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	30	09	2024	
ACTA PARCIAL 1	4	12	2024	
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCION	11	12	2024	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

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

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

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

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO

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

1. Destinar los recursos asignados a el/la ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY, ubicada en el municipio de Chiscas 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 HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY, debe tener: a) Un tiempo promedio menor o igual de 3 días para la asignación de cita de medicina General; 2.2 Metas de Gestión de Producción: El/La ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY, se debe comprometer al funcionamiento de los servicios habilitados en los horarios reportados en el REPS -Registro Especial de Prestadores de Salud. 2.3 Metas para la Gestión Financiera: a) Para la vigencia de 2024 El/la ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY, se compromete a determinar gastos de operación para la prestación de los servicios de salud de la sede, con periodicidad trimestral. b) Para la vigencia de 2024 El/La ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY, 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 HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY incumpla con alguna de las metas y/o indicadores pactados en el presente convenio y la ESE no tenga una justificación válida para el incumplimiento, la ESE deberá suscribir un plan de mejora con las especificaciones solicitadas a corte 30 de noviembre de 2024 ante el supervisor para poder tramitar su respectivo pago. Para la liquidación del convenio, la ESE deberá demostrar ejecución del plan de mejora de acuerdo a los compromisos pactados.	Ver formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA firmado y certificado por el Representante Legal y el Contador de la ESE	X			Formato M-GS-PS-F-036V1 de SEGUIMIENTO DE METAS DEL CONVENIO DE SUBSIDIO A LA OFERTA
7. En el caso de que el/la ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY no ejecute el 100% del valor del convenio asignado a la ESE, la ESE deberá reintegrar el saldo no ejecutado al Departamento de Boyacá a la cuenta bancaria denominada SGP-Prestación de Servicios del Departamento de Boyacá y que el supervisor indique al término de la liquidación del presente convenio.	FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0	X			FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M-GS- PS-F-037 VERSION: 0
8. Para el trámite de cada pago el/la ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY, estará sujeta a la evaluación y revisión de las metas e indicadores de gestión financiera, gestión de producción, gestión de calidad del presente convenio de acuerdo a la plataforma SIHO según cronograma del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3,Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 y/o los Estados Financieros certificados por el representante legal y el contador de la institución según la normatividad contable vigente. Para la liquidación del convenio, la ESE estará sujeta a la evaluación y revisión de las metas e indicadores de gestión financiera, gestión de producción, gestión de calidad del presente convenio, una vez sea validada la información con corte a 30 de noviembre de 2024.	La ESE presenta los soportes dispuestos para la verificacion de ejecucion del convenio interadministrativo y se corrobora con los sistemas dispuestos para tal fin	X			

9. En el evento de que al cierre de la vigencia fiscal el/la ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY 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 finalizado con seguimiento y cumplimiento de maetas a 30 de noviembre de 2024	X			
10. En caso de que el/la ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL COCUY incurra en una destinación inadecuada de los recursos del subsidio a la oferta, será un motivo para la suspensión del presente convenio.	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**

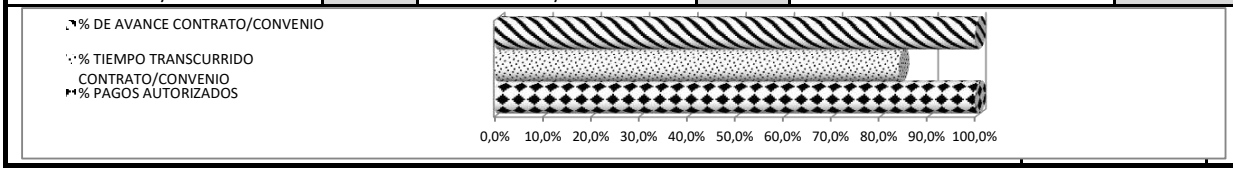
INFORME TÉCNICO

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	**100,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**84,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**100,0%**



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 finalizado por cumplimiento de metas 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 realizo el SEGUNDO PAGO por valor de 25% del Convenio y el Pago final por valor del 5% del convenio con el presente informe y acta de liquidacion

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	038-000003-20	FIDUCIA No.:	NA	BANCO:	BANCOLOMBIA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:	NA				
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA DE INICIO	70%	30	09	2024	$ 160.637.876,00
ACTA PARCIAL No. 1	25%	4	12	2024	$ 57.370.670,00
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCION	5%	11	12	2024	$ 11.474.134,00
TOTAL					**$ 229.482.680,00**

INFORME JURÍDICO

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

OBSERVACIONES:

Se adjunta METODOLOGIA PARA SEGUIMIENTO A CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS DE ACUERDO A LA

Se adjunta METODOLOGIA PARA SEGUIMIENTO A CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS DE ACUERDO A LA RESOLUCION 484 DE 2024

HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO

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."**

Tunja, diciembre de 2024

CONVENIO No. 3549 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