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.	**3461-2024**
Contratista:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA**
Teléfono y Correo Electrónico:	**3112178608 / ese@motavita-boyaca.gov.co**
Periodo Informe Supervisión:	SEPTIEMBRE 24 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024
Pago	Único _____Parcial____X____Final_____

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

Certificación
Bancaria

Bogotá D. C., 24 de septiembre de 2024

Señores

A QUIEN INTERESE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAV** con NIT **820003404,** a la fecha de expedición de esta certificación presenta la siguiente información:

TIPO DE PRODUCTO	CUENTA CORRIENTE
N° PRODUCTO	606-000005-19
FECHA APERTURA	2020/10/09
ESTADO	ACTIVA
NOMBRE PRODUCTO	SGP SUBSIDIO A LA OFERTA

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.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Firma Autorizada

Lizeth Andrea Quiñones Gaona
Jefe de centro
CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PYME

Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
Elaboro: Nathalia Fernanda Heredia Vega.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

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__	3461	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. CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA	
CONTRATISTA	ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA	NIT: 820,003,404-0
	R/L LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO	C.C: 40.031.553
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : $ 223.068.460.00	
	APORTE DEPARTAMENTO: $ 223.068.460.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA $ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 223.068.460.00	
PLAZO INICIAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA De Fecha:	
PLAZO TOTAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024	
FECHA DE INICIACIÓN	24 DE SEPTIEMBRE DE 2024	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: NA	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: NA	
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	NO APLICA	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	24 DE SEPTIEMBRE DE 2024 AL 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: **7130** AÑO: 2024

En las oficinas de la secretarai de salud de Boyaca se reunieron los señores, Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor y la señora LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO 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	$ 156.147.922,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 156.147.922,00
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	223.068.460.00	
Amortización Anticipo		156.147.922,00
Valor a pagar de la presente acta		55.767.115,00
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		11.153.423,00
Sumas iguales	223.068.460.00	223.068.460.00

**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: 60600000519	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:Se anexa ceritificado de pago de parafiscales de la entidad

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

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

Firma: _____
Nombre: LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
CONTRATISTA

Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- -2024
2286

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

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

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

Boyacá | Contratación
REVISADO
LEIDY HERILET PORRAS ROA
FECHA 16/12/24

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Motavita

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621, 8622

Carrera 2 #1-87 Teléfono: 3115215297 **NIT: 820003404-0**

Factura Electrónica de Venta **No. FE344581** Fecha emisión 15/11/2024

Autoriza DIAN 18764083370090, Fecha: 2024-11-14 hasta 2025-11-14, Prefijo FE, Factura 344576 al 345400.

Empresa: DEPARTAMENTO BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - GOBERNACION DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 30/11/2024

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	Por concepto de: Acta parcial segundo pago correspondiente al 25% del convenio interadministrativo numero 3461 de 2024,	55,767,115.00	1.00	55,767,115.00

Valor total factura electrónica #FE344581 55,767,115.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - GOBERNACION DE BOYACA - **55,767,115.00**

Valor EN LETRAS: CINCUENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO QUINCE PESOS M/CTE

IPS ese@motavita-boyaca.gov.co

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

Número Cuenta: 60600000519 Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA - Corriente

CUFE: ce8ef9c6472cf39136503528a373731194fedc4b3a204e87d5ef0a41a23abf382f5ea69419de0a94bf27e3fed3d6428f

Documento generado el 15/11/2024 10:16 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA

Nit 820.003.404-0

CERTIFICA

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA,** identificada con NIT **820.003.404-0,** ha realizado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, exigidos por la Ley vigente y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes, y no cuenta con retraso o mora en el pago de estos aportes, de los meses de **SEPTIEMBRE Y OCTUBRE de 2024**.

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 trece (13) días del mes de noviembre de 2024.

LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
Gerente ESE Centro de Salud Motavita

Este documento y su contenido es de la E.S.E Centro de Salud de Motavita, se prohíbe su reproducción parcial o total, sin autorización escrita de acuerdo al proceso establecido para el caso

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141142353861

(415)7707212489984(8020) 000014114235386 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 0 4	0	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Motavita 4 7 6

41. Dirección principal
CR 2 1 87

42. Correo electrónico ese@motavita-boyaca.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 2 1 5 2 9 7	3 1 1 2 1 7 8 6 0 8

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 2 1	2 0 0 3 0 3 1 0	8 6 2 2	2 0 0 4 1 2 3 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 11 - 07 / 16 : 30: 03

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 CAMACHO VALERO LAURA CONSUELO
985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141142353861

(415)7707212489984(8020) **000014114235386 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 0 4	0	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	0 0 3	
73. Fecha	2 0 0 3 0 2 2 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	4 7 6	
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 2 2 8	
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 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: 141142353861

(415)7707212489984(8020) **000014114235386 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 0 4	0	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

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

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CAMACHO	VALERO	LAURA	CONSUELO

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

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

NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA	**NIT ESE**	**820003404-0**	
MUNICIPIO	MOTAVITA	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1	
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	**N° DE CONVENIO**	N° 3461 de 2024_	
VALOR DE CONVENIO	**$ 223.068.460,00**	**PERIODO INFORMACION A EVALUAR**	TERCER TRIMESTRE (Julio-Septiembre)	**AÑO** 2024

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

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 — **CUMPLE** / **NO CUMPLE**: X

3.1 RECAUDO CORRIENTE VENTAS DE SERVICIO DE SALUD

	RECONOCIDOS	**RECAUDADOS**
Ingresos Corrientes (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual I TRIMESTRE	**$ 210.935.914,00**	**$ 180.016.972,00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual II TRIMESTRE	**$ 218.246.710,00**	**$ 209.508.501,00**
Ingresos Corrientes Recaudados (Ventas de Servicio de Salud) Vigencia actual III TRIMESTRE	**$ 252.814.434,00**	**$ 241.242.040,00**
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	**$ 681.997.058,00**	**$ 630.767.513,00**

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

Gastos generados por venta de servicios I TRIMESTRE	**$ 506.980.577,00**
Gastos generados por venta de servicios II TRIMESTRE	**$ 177.310.994,00**
Gastos generados por venta de servicios III TRIMESTRE	**$ 422.973.613,00**
Gastos generados por venta de servicios IV TRIMESTRE	**$ 0,00**
TOTAL DE GASTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SEDE	**$ 1.107.265.184,00**

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 .

LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
REPRESENTANTE LEGAL ESE

DARIS YANETH ROJAS MORENO
CONTADORA
N° Tarjeta Profesional : 93217-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.

NOMBRE SUPERVISOR	**SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO**
CARGO	DIRECTOR DE PRESTACION DE SERVICIOS

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA

Nit 820.003.404-0

CERTIFICA

Que la Empresa Social del Estado Centro de Salud Motavita, 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	ENFERMERÍA	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830

Este documento y su contenido es de la E.S.E Centro de Salud de Motavita, se prohíbe su reproducción parcial o total, sin autorización escrita de acuerdo al proceso establecido para el caso

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	DE LUNES A JUEVES DE 07:00 A 12:00-13:00 A17:00 Y VIERNES DE 07:00 A 12:00-13:00 A 16:00	Presencial Telefónicamente: 3134914830

Se expide la presente certificación a los dos (02) días del mes de diciembre de 2024.

LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
Gerente ESE Centro de Salud Motavita

Este documento y su contenido es de la E.S.E Centro de Salud de Motavita, se prohíbe su reproducción parcial o total, sin autorización escrita de acuerdo al proceso establecido para el caso

Motavita, 10 diciembre de 2024

Señores:
Gobernación de Boyacá
Tunja

1

Cordial Saludo,

De manera respetuosa, se informa que la Empresa Social del Estado Centro de Salud Motavita con NIT 820.003.404, tiene el servicio de Psicología habilitado, dando cumplimiento al documento RED, sin embargo, no se presta el servicio debido a que no se ha llegado a un acuerdo económico para la prestación de servicios con las EAPB:

Con la EPS Nueva EPS se le oferto el servicio desde el 20 de mayo de 2024 como se anexa a continuación

Omar Alejandro Nossa Ramírez
PROFESIONAL DE CONTRATACIÓN - GERENCIA ZONAL BOYACÁ
Cra 11 # 9 - 37
Tunja - Boyacá, Colombia
cid:image001.png@01D89A86.6D3366D0

Asunto: CAPITACION NUTRICION Y SICOLOGIA MOTAVITA REGIMEN SUBSIDIADO

De: ese centro salud motavita glosas <esecentrosaludmotavitaglosas@gmail.com>
Enviado el: lunes, 20 de mayo de 2024 12:47 p. m.
Para: Omar Alejandro Nossa Ramirez <omar.nossa@nuevaeps.com.co>; Ese motavita-boyaca.gov.co <ese@motavita-boyaca.gov.co>

DOCTOR
OMAR NOSSA
NUEVA EPS SUBSIDIADO

Cordial Saludo

El presente tiene como fin solicitar respetuosamente a usted ofertar la opción de contratacion por capita al regimen subsidiado los servicios nuevos habilitados PSICOLOGIA Y NUTRICIÓN,con el fin de empezarlos a prestar a partir del mes de Junio, el valor a ofertar es $800 pesos adicional a la capita existente la cual se puede revisar entre las partes

Anexo soporte de apertura en REPS

GRACIAS
--
ANA MARIA MUÑOZ GUEVARA
AUDITOR
IPS CENTRO SALUD MOTAVITA NIT 820003404

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail

nueva

Obteniendo como respuesta, que no es posible por la intervención que ellos tiene con la Supersalud.

Este documento y su contenido es de la E.S.E Centro de Salud de Motavita, se prohíbe su reproducción parcial o total, sin autorización escrita de acuerdo al proceso establecido para el caso

FINALISTA
Año 2018

De: **Omar Alejandro Nossa Ramirez** <omar.nossa@nuevaeps.com.co>
Date: lun. 20 de may de 2024, 13:42
Subject: RE: CAPITACION NUTRICION Y SICOLOGIA MOTAVITA REGIMEN SUBSIDIADO
To: ese centro salud motavita glosas <esecentrosaludmotavitaglosas@gmail.com>, Ese motavita-boyaca.gov.co <ese@motavita-boyaca.gov.co>

Buenas tardes,

Me permito informar que en este momento el proceso de contratacion se encuentra suspendido debido a la intervención por parte de la Supersalud, de tal manera, nos encontramos a la espera de lineamiento del Agente Interventor y cuando se cuenten con estos serán dados a conocer.

Cordialmente,

Omar Alejandro Nossa Ramírez
PROFESIONAL DE CONTRATACIÓN - GERENCIA ZONAL BOYACÁ
Cra. 11 # 9 - 57
Tunja - Boyacá - Colombia
cid:image001.png@01D89A86.6D3366D0

Asunto: CAPITACION NUTRICION Y SICOLOGIA MOTAVITA REGIMEN SUBSIDIADO

De: ese centro salud motavita glosas <esecentrosaludmotavitaglosas@gmail.com>
Enviado el: lunes, 20 de mayo de 2024 12:47 p. m.
Para: Omar Alejandro Nossa Ramirez <omar.nossa@nuevaeps.com.co>; Ese motavita-boyaca.gov.co <ese@motavita-boyaca.gov.co>

2

Con la EPS Cajacopi

Se realizo la oferta de ochocientos pesos ($800) mcte, obteniendo como respuesta que el valor de la consulta la pagaban a trescientos pesos ($300) mcte, lo cual no se ajusta a los valores que garanticen un servicio sin llevarnos a un detrimento patrimonial.

Sin embargo la E.S.E Motavita, sigue trabajando por llegar a un acuerdo con la contratación y prestar el servicio a los usuarios del municipio de Motavita.

Atentamente,

Luz Marina Cárdenas Montañez
Enfermera profesional
E.S.E Motavita

Leidi Buitrago Ruiz
Proyecto
Asesor calidad

Este documento y su contenido es de la E.S.E Centro de Salud de Motavita, se prohíbe su reproducción parcial o total, sin autorización escrita de acuerdo al proceso establecido para el caso

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

NOMBRE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA**	**NIT ESE**	**820.003.404-0**
MUNICIPIO	MOTAVITA	**NIVEL DE COMPLEJIDAD**	1
SUPERVISOR CONVENIO	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	**N° DE CONVENIO**	3461 de 2024
VALOR DE CONVENIO	$ 223.068.460	**PERIODO A EVALUAR**	Vigencia 2024 - Primer Giro 70%

Consecutivo	CONCEPTO	VIGENCIA	VALOR	OBSERVACIONES
1	Nomina empleados mes de octubre	**2024**	$ 22.349.323	pagado
2	Seguridad social y parafiscales mes de octubre	**2024**	$ 10.137.200	proyeccion
3	pago nomina de Libranzas y seguros mes de octubre	**2024**	$ 1.593.267	proyeccion
4	Vacaciones año 2024 tecnico	**2024**	$ 7.821.109	proyeccion
5	Vacaciones año 2024 jefe enfermeria	**2024**	$ 4.708.098	proyeccion
6	Medico octubre y noviembre 2024	**2024**	$ 10.304.000	proyeccion
7	jefe de enfermeria octubre y noviembre 2024	**2024**	$ 9.116.000	proyeccion
8	Pago 2 auxiliares de enfermeria octubre y noviembre	**2024**	$ 8.000.000	proyeccion
9	pago conductor octubre y noviembre 2024	**2024**	$ 4.180.000	proyeccion
10	Servicios profesionales bacteriologia octubre y noviembre	**2024**	$ 7.770.000	proyeccion
11	Servicio de aseo y desinfeccion instalaciones ESE octubre y noviembre	**2024**	$ 2.800.000	proyeccion
12	compraventa de insumos y materiales de aseo y otros elementos, con destino servcios de salud de la ESE	**2024**	$ 10.000.000	proyeccion
13	Mantenimiento equipo industrial	**2024**	$ 3.953.423	proyeccion
14	Nomina empleados mes de noviembre	**2024**	$ 22.349.323	proyeccion
15	Seguridad social y parafiscales mes de noviembre	**2024**	$ 10.137.200	proyeccion
16	pago nomina de Libranzas y seguros mes de noviembre	**2024**	$ 1.593.267	proyeccion
17	suminsitros elementos, papeleria e impresos para servciios de la ESE	**2024**	$ 2.335.712	proyeccion
18	suministro de medicamentos e insumos medico quirijicos	**2024**	$ 17.000.000	proyeccion
19		**2024**		
20		**2024**		
TOTAL EJECUTADO CONVENIO SUBSIDIO OFERTA			**$ 156.147.922**	

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

Firma

Nombre Gerente:	**LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO**
Nombre ESE	E.S.E CENTRO DE SALUD MOTAVITA

Firma

Nombre Contador /Revisor Fiscal	**DARIS YANETH ROJAS MORENO**
N° de Tarjeta Profesional	93217-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 **24**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	AL	**31**	de	**OCTUBRE**	de	**2024**
No. CONTRATO O CONVENIO	**3461**	DE	**2024**	FECHA:	**18**	de	**SEPTIEMBRE**	de	**2024**	
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 223.068.460,00**			RPC	**7130**					
REGISTRO BP y P No.	**2024 00415 0119**									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA.**									

OBJETO:FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA 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	24	09	2024	
PLAZO INICIAL	**HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024**			
PLAZO CON ADICIONES	**NO APLICA**			
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	31	12	2024	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)				

INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	24	09	2024	
ACTA PARCIAL 1	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		

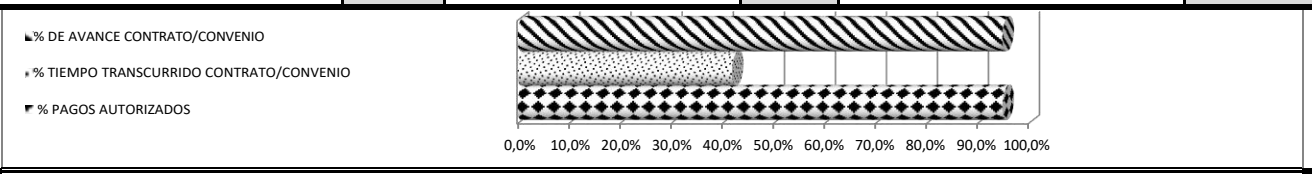
INFORME TÉCNICO

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

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**95,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**42,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**95,0%**



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

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

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

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	606-000005-19	FIDUCIA No.:	NA	BANCO:	BANCOLOMBIA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:	NA				
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	SGP SUBSIDIO A LA OFERTA				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA DE INICIO	70%	24	09	2024	$ 156.147.922,00
ACTA PARCIAL No.1	25%	12	12	2024	$ 55.767.115,00
TOTAL					**$ 211.915.037,00**

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:

La ejecución de recursos de subsidio a la oferta está determinada de acuerdo al Acuerdo de Adición Presupuestal aprobada por la Junta Directiva de la ESE y el FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECURSOS CONVENIO DE SUBSIDIO OFERTA. CÓDIGO: M GS PS F 037 VERSION: 0 certificado por el Representante Legal y Contador de la ESE

SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO

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



Secretaría de SALUD

Tunja, noviembre de 2024

CONVENIO No. 3461 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