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

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	22 de Noviembre de 2024		
CONTRATO ____ CONVENIO __X___	3474-2024	DE FECHA:	18/09/2024
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO		NIT: 826.002.718-5
	CLAUDIA TERESA MOJICA ABRIL		C.C: 33.630.583
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	VALOR TOTAL DEL CONVENIO	$ 137,221,772
	APORTE DEPARTAMENTO:	VALOR TOTAL DEL CONVENIO	$ 137,221,772
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR: NA	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 0.00		
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	23 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	23 DE SEPTIEMBRE DE 2024 HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2024		
RBPP N°	2024 00415 0119		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 7143 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 Claudia Teresa Mojica Abril 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	$ 96,055,240.40
Sumatoria Amotizaciones	$ 96,055,240.40
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	137,221,772.00	
Amortización Anticipo		96,055,240.40
Valor a pagar de la presente acta		34,305,443.00
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		6,861,088.60
Sumas iguales	137,221,772.00	137,221,772.00

**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: 309-052678	BANCO: BANCO BBVA	AHORROS: X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:Se anexa ceritificado de pago de parafiscales de la entidad

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: R/L CLAUDIA TERESA MOJICA ABRIL
CONTRATISTA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO

* 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
RADICADO
SECCON- -2024
2054

Boyacá | Contratación
REVISADO
GABRIEL MONSALVE BOTIA
FECHA 06/12/2024

BBVA

Creating Opportunities

BBVA COLOMBIA S.A.

860.003.020-1

CERTIFICA

Que FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. identificado con NIT 860.525.148-5, se encuentra vinculado a nuestra entidad a través de la Cuenta Ahorros N°. 309-052678 denominada FIDUPREVISORA S.A. E.F. 105495 - E.F E.S.E SALUD PAZ DEL RIO - CONVENIO SUBSIDIO A LA OFERTA - RECURSOS PROPIOS aperturada el 17 de mayo de 2022, cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día 22 de Agosto de 2024, con destino a Quien interese.

Atentamente,

Sucursal BANCA GOBIERNOS BOGOTÁ
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA"

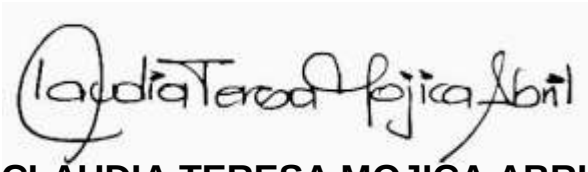
LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO NIT 826.002.718-5

CERTIFICA

Que la **E.S.E SALUD PAZ DE RIO**, Nit 826.002.718-5; se encuentra al día en sus obligaciones respecto al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales durante los meses de septiembre y octubre de 2024.

Se expide en Paz de Rio, a los doce (12) días del mes de noviembre de 2024 con destino a Departamento de Boyacá.

Cordialmente,



CLAUDIA TERESA MOJICA ABRIL
GERENTE E.S.E SALUD PAZ DE RIO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO
NIT 826.002.718-
CARRERA 4 N 7-32
Tel: (57) 3134961344
Paz De Río - Colombia
tesoreria@esesaludpazderio.gov.co

Factura electrónica de venta
No. FE 2220

Señores	DEPARTAMENTO DE BOYACA		
NIT	891.800.498-1	**Teléfono**	(038) 7420150 - Ext. 000
Dirección	CL 20 9 90 SEC CENTRO	**Ciudad**	Tunja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/11/2024, 15:02
Expedición	22/11/2024, 15:02
Vencimiento	22/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	POR CONCEPTO DE SEGUNDO PAGO DEL 25% DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 3474-2024 FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA	1.00	34,305,443.00

Total items: 1

Total Bruto	34,305,443.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	34,305,443.00

Valor en Letras:
Treinta y cuatro millones trescientos cinco mil cuatrocientos cuarenta y tres pesos m/cte
Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 34,305,443.00

Observaciones:

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 18764060044968 aprobado en 20231115 prefijo FE desde el número 2124 al 2500 Vigencia: 12 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 13ac2ed6edd3a1faa28de4666a35377350a8d5584c2d3175e9bc044e5b7cf68bc19b78cd9b38b707adec2caf42ea55e6

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141142863164

(415)7707212489984(8020) 000014114286316 4

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PAZ DE RIO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Paz de Río 5 3 7

41. Dirección principal
CR 4 7 32

42. Correo electrónico esesaludpaz@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 8 7 8 6 5 1 3 2	3 2 0 4 6 1 6 3 5 3

CLASIFICACIÓN

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

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 11 - 12 / 10 : 01: 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 MOJICA ABRIL CLAUDIA TERESA

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: 141142863164

(415)7707212489984(8020) **000014114286316 4**

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

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 2	0 3
72. Número	0 0 7	0 3 3
73. Fecha	2 0 0 3 0 4 2 5	2 0 2 2 0 0 5 0 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 1	0 1
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 5 0 1	2 0 2 2 0 0 5 0 1
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	5 3 7	5 3 7
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 4 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 8 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: 141142863164

(415)7707212489984(8020) **000014114286316 4**

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

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 3 6 3 0 5 8 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MOJICA	ABRIL	CLAUDIA	TERESA

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