Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CDCVI-1425-2024 VF ORD. 017/2024	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 02.01.2025 hasta el 30.01.2025	
Fecha en la que se rinde en informe :	30.01.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	HOSPITAL ISMAEL SILVA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.
NIT / C.C.:	8080035006
Supervisor:	DIANA MARCELA FORERO DELGADO
Cargo:	DIRECTOR OPERATIVO
Objeto del Contrato o Convenio:	VF ORD. 017/2024 "AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA HOSPITAL ISMAEL SILVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E. PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS."
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	27.12.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	02.01.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100059901
Registro Presupuestal	4600027205
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$236,995,200
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$236,995,200
Plazo de Ejecución Inicial	8 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	8 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	01.09.2025
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	NO APLICA ASEGURADORA
Garantía de Cumplimiento	NO APLICA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NO APLICA POLIZA

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 14%

1Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio

Se cuenta con el acta de inicio realizada dentro de los tiempos y términos estipulados presentados desde la primera cuenta.

Acta de inicio que acompaña la cuenta de cobro en el CD.

2Aportar Certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo exclusivo de los recursos del convenio; la cual deberá ser creada dentro de los cinco (5) días siguientes de la firma del convenio; con destinación específica para el manejo de los recursos asignados.

Se cuenta con certificado de apertura de la cuenta de ahorros exclusivo, en el cual figura No dé CUENTA DE AHORROS 264-764174-56 con fecha del 2025/01/07 ACTIVA. La fecha de la certificación es del 07 de enero de 2025.Se anexa en los documentos soportes del trámite de pago la certificación bancaria emitida el 7 de enero de 2025.

3Aportar para efectos del giro de los recursos, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales cuando a ello haya lugar.Se cuenta con certificado del pago de parafiscales de la ESE HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA identificado(a) con NIT 899999150-6, Certificado del Contador Público Humberto Velásquez del 27 de enero de 2025.

Se anexa en el CD certificado y se presenta impresa

4Habilitar los servicios del grupo de Consulta previa viabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios y aportar los siguientes documentos del prestador remisor:

Se cuenta con apertura de modalidad prestación de servicio de MEDICINA GENERAL 24 HORAS, y presenta viabilidad y constancia del Reps con servicios y modalidad inscrita.

Se anexa viabilidad para la novedad de apertura y certificado del reps.

5Presentar certificación del gerente de la ESE donde conste que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio en los horarios y modalidades establecidas.

Cuenta con certificación firmada por el gerente de que cuenta con la capacidad técnico administrativa para el cumplimiento de la prestación de los servicios.

Se anexa la correspondiente certificación firmada por el gerente.

6Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio. Se reporta el listado de profesionales que se contratan para la prestación de los servicios.Se anexan soportes de contratación y hoja de vida de los profesionales.

7Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio de Consulta externa.. Se reporta por parte del gerente la relación de los profesionales que se tiene para la prestación de los servicios objeto del Convenio.

Se anexan soportes de contratación y vinculación del profesional, con hoja de vida.

8Realizar los procesos de contratación que corresponden de acuerdo a su manual de contratación y demás normas aplicables a la ESE, de tal forma que se garantice la idoneidad de los profesionales contratados, respetando las tarifas Estipuladas en el estudio previo.

Se verifica la celebración del contrato con los profesionales con la experiencia mínima exigida y Condiciones Técnicas.

Se cuenta con copia de las hojas de vida y contratos celebrados con los profesionales en salud.

9Responder por el proceso de contratación adelantado y por las obligaciones derivadas de los contratos celebrados

Se cuenta con las actas de inicio y documentación de contratación para celebrar los contratos con el talento humano.

Se anexan los soportes de contratación y datos de atención y producción del servicio.

10Remitir al supervisor del convenio las agendas de programación de servicios de medicina general 24 horas.

Se reciben las agendas y listas de usuarios atendidos en medicina general 24 horas. Se anexa informe de producción y agendas del servicio.

11Informar al supervisor del convenio cualquier cambio en el personal contratado, remitiendo los soportes respectivos.N/A No aplica en el momento, no ha habido cambios de personal ni novedades con el mismo.No aplica
12Adelantar las acciones administrativas y financieras que considere pertinentes y necesarias para el cumplimiento de las normas legales que rigen la materia y las obligaciones estipuladas en el convenio, con el fin de garantizar la correcta inversión de los recursos.Se realizará un informe de seguimiento financiero donde se estipule los ingresos entrantes y la destinación de los egresos.Se adjunta certificado en los anexos.
13La ESE, deberá establecer acciones claras y precisas de seguimiento a la inversión e informar, en tiempo real, a la Secretaría de Salud la destinación dada a los recursos.Se presenta certificado en el presente informe.Se adjunta

certificado en los anexos.
14Responder por el manejo de la utilización adecuada de los recursos entregados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, absteniéndose de utilizar estos recursos para fines distintos a la ejecución del objeto contractual.Se corrobora con el soporte de pagos y ejecución del contrato.

Se adjunta certificado en los anexos.

15Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.

Se recibe informe de las actividades realizadas.
Se recibe y adjunta informe mensual de ejecución.

16Reintegrar los recursos no ejecutados en el plazo establecido en el acta de liquidación y los respectivos rendimientos FinancierosNo se requiere.

No se requiere.

17Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del término de ejecución del convenio a fin de proceder a su Liquidación.

Se presenta informe y se adjunta informe de supervisa.
Se adjunta informe de actividades e informe de supervisa.

18Estar sujeto al seguimiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca durante el tiempo que dure el convenio.

Se cuenta con comunicación permanente por medio de redes sociales, correos institucionales, reuniones presenciales y virtuales, entre otros mediosSe tiene los medios habilitados permanentemente para la comunicación

19Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar.No se presentó para este informe.

No se presentó para este informe.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

N/A

DIANA MARCELA FORERO DELGADO
DIRECTOR OPERATIVO

ESE HOSPITAL ISMAEL SILVA

NIT: 808003500-6 COD. IPS 257430038101
CALLE 9 NO. 9-38
SILVANIA-CUNDINAMARC
TEL: 8683116
hospitalismaelsilva@yahoo.es

Cod. IPS: 257430038101

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HISF- 283089

Fecha Factura:	14/01/2025	
Fecha Vencimiento:	14/01/2025	
Fecha Validación DIAN:	14/01/2025	15:01:00
Fecha Inicial:	01/01/2025	
Fecha Final:	14/01/2025	

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764071021483 con vigencia del 2024-05-21 al 2026-05-21. Numeración habilitada del 261642 al286641 y prefijo HISF

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: aad7464848359db343a691fc01eaa2c809573782 1c6eae03af674d4604d960cfe3 4ef95139e8027ece311175513bfb98

Elaborado por: ROBIN REINA RODRIGUEZ

Administradora: GOBERNACION DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD

Nit: 899.999.114-0

Convenio: SSCDCVI14252024 - 1425 2024

Representante: N

Fecha Convenio: 27/12/2024 a 26/08/2025 **Teléfono:** 7490000

Forma pago: Crédito

Plazo (Días): 0

Cobertura: Cobertura Salud Pública

Contratacion: Capitación

OBSERVACIONES:

Convenio CDCVI No.1425 -2024.
"Aunar esfuerzos entre la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el Hospital Ismael Silva Empresa Social del Estado ESE para el fortalecimiento del talento humano* con el fin de implementar el programa departamental Médico En Tu Territorio Cuidando Tu Salud y mejorar el acceso a la prestación de servicios de salud en los territorios".
Primer desembolso Enero y Febrero 2025.
Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 264-764174-56 de Bancolombia

Esta factura cumple con los requisitos del Art. 17 del Decreto 101 de Abril 08 de 1997.
Nos acogemos al Decreto 101 Art. 17 de abril 08 de 1997, requisito equivalente a la factura.
Resolucion No. 3878 Resolucion No. 3979 del mismo año entidades del derecho publico.
No contribuyentes del impuesto a la renta, somos responsables del R©gimen Simplificado.
No efectuar retencion en la fuente por ser responsables a la Renta y complementarios Decreto 0136 MOD, Ley 233 de 1995.
El NO pago oportuno antes de las fechas de vencimiento, genera intereses de mora que definen el Decreto 723 de Marzo de 1997.

Valor en Letras:

CINCUENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	59,248,800.00
DESCUENTOS	0.00
TOTAL A CANCELAR	59,248,800.00

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PACIENTES

FIRMA DE REPRESENTATE LEGAL GERENTE O SU DELEGADO

Gobernación de Cundinamarca

HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO A LAS OBLIGACIONES PACTADAS PARA LOS CONVENIOS SUSCRITOS CON LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

No. DEL CONVENIO	SS-CDCVI-1425-2024
NOMBRE DE LA ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA
OBJETO	Aunar esfuerzos entre la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la Empresa Social del Estado HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA para el fortalecimiento del talento humano, con el fin de implementar el programa departamental Médico en tu territorio, cuidando tu salud, y mejorar el acceso a la prestación de servicios de la salud en los territorios.
VALOR	Doscientos treinta y seis millones novecientos noventa y cinco mil doscientos pesos m/cte ($236.995.200).
INFORME Nº 1	SS-CDCVI-1425-2024 SUPERVISA 1
PERIODO DEL INFORME	Del 1 AL 30 de ENERO de 2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR	DIANA MARCELA FORERO DELGADO

No.	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS ADJUNTAS
1	Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio	Se cuenta con el acta de inicio realizada dentro de los tiempos y términos estipulados presentados desde la primera cuenta.	Acta de inicio que acompaña la cuenta de cobro en el CD.
2	Aportar Certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo exclusivo de los recursos del convenio; la cual deberá ser creada dentro de los cinco (5) días siguientes de la firma del convenio; con destinación específica para el manejo de los recursos asignados.	Se cuenta con certificado de apertura de la cuenta de ahorros exclusivo, en el cual figura No dé CUENTA DE AHORROS 264-764174-56 con fecha del 2025/01/07 ACTIVA. La fecha de la certificación es del 07 de enero de 2025.	Se anexa en los documentos soportes del trámite de pago la certificación bancaria emitida el 7 de enero de 2025.
3	Aportar para efectos del giro de los recursos, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales cuando a ello haya lugar.	Se cuenta con certificado del pago de parafiscales de la ESE HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA identificado(a) con NIT 899999150-6, Certificado del Contador Público Humberto Velásquez del 27 de enero de 2025.	Se anexa en el CD certificado y se presenta impresa
4	Habilitar los servicios del grupo de Consulta previa viabilidad de la Dirección de	Se cuenta con apertura de modalidad prestación de servicio de MEDICINA GENERAL 24 HORAS, y presenta viabilidad y constancia del Reps	Se anexa viabilidad para la novedad de apertura y certificado del reps.

	Desarrollo de Servicios y aportar los siguientes documentos del prestador remisor:	con servicios y modalidad inscrita.	
5	Presentar certificación del gerente de la ESE donde conste que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio en los horarios y modalidades establecidas.	Cuenta con certificación firmada por el gerente de que cuenta con la capacidad técnico administrativa para el cumplimiento de la prestación de los servicios.	Se anexa la correspondiente certificación firmada por el gerente.
6	Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio.	Se reporta el listado de profesionales que se contratan para la prestación de los servicios.	Se anexan soportes de contratación y hoja de vida de los profesionales.
7	Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio de Consulta externa..	Se reporta por parte del gerente la relación de los profesionales que se tiene para la prestación de los servicios objeto del Convenio.	Se anexan soportes de contratación y vinculación del profesional, con hoja de vida.
8	Realizar los procesos de contratación que corresponden de acuerdo a su manual de contratación y demás normas aplicables a la ESE, de tal forma que se garantice la idoneidad de los profesionales contratados, respetando las tarifas Estipuladas en el estudio previo.	Se verifica la celebración del contrato con los profesionales con la experiencia mínima exigida y Condiciones Técnicas.	Se cuenta con copia de las hojas de vida y contratos celebrados con los profesionales en salud.
9	Responder por el proceso de contratación adelantado y por las obligaciones derivadas de los contratos celebrados	Se cuenta con las actas de inicio y documentación de contratación para celebrar los contratos con el talento humano.	Se anexan los soportes de contratación y datos de atención y producción del servicio.
10	Remitir al supervisor del convenio las agendas de programación de servicios de medicina general 24 horas.	Se reciben las agendas y listas de usuarios atendidos en medicina general 24 horas.	Se anexa informe de producción y agendas del servicio.
11	Informar al supervisor del convenio cualquier cambio en el personal contratado, remitiendo los soportes respectivos.	N/A No aplica en el momento, no ha habido cambios de personal ni novedades con el mismo.	No aplica
12	Adelantar las acciones administrativas y financieras que considere pertinentes y necesarias para el	Se realizará un informe de seguimiento financiero donde se estipule los ingresos	Se adjunta certificado en los anexos.

	cumplimiento de las normas legales que rigen la materia y las obligaciones estipuladas en el convenio, con el fin de garantizar la correcta inversión de los recursos.	entrantes y la destinación de los egresos.	
13	La ESE, deberá establecer acciones claras y precisas de seguimiento a la inversión e informar, en tiempo real, a la Secretaría de Salud la destinación dada a los recursos.	Se presenta certificado en el presente informe.	Se adjunta certificado en los anexos.
14	Responder por el manejo de la utilización adecuada de los recursos entregados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, absteniéndose de utilizar estos recursos para fines distintos a la ejecución del objeto contractual.	Se corrobora con el soporte de pagos y ejecución del contrato.	Se adjunta certificado en los anexos..
15	Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.	Se recibe informe de las actividades realizadas.	Se recibe y adjunta informe mensual de ejecución.
16	Reintegrar los recursos no ejecutados en el plazo establecido en el acta de liquidación y los respectivos rendimientos Financieros	No se requiere.	No se requiere.
17	Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del término de ejecución del convenio a fin de proceder a su Liquidación.	Se presenta informe y se adjunta informe de supervisa.	Se adjunta informe de actividades e informe de supervisa.
18	Estar sujeto al seguimiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca durante el tiempo que dure el convenio.	Se cuenta con comunicación permanente por medio de redes sociales, correos institucionales, reuniones presenciales y virtuales, entre otros medios	Se tiene los medios habilitados permanentemente para la comunicación
19	Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar.	No se presentó para este informe.	No se presentó para este informe.

Gobernación de Cundinamarca

SUPERVISOR DEL CONVENIO SS-CDCTI-1425-2024

DIANA FORERO DELGADO
Supervisor del convenio SS-CDCVI-1425-2024

Construyendo atención con calidad

HOSPITAL ISMAEL SILVA

E.S.E Silvania - Cundinamarca

CERTIFICACION PAGO APORTE PARAFISCALES Y SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003

Yo **HUMBERTO VELASQUEZ MORENO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.388.173 en calidad de Contador del **HOSPITAL ISMAEL SILVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.,** identificado con NIT No. 808.003.500-6, bajo la gravedad del juramento manifiesto que la entidad ha cumplido en los últimos 6 meses a la fecha de expedición con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaramos que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, la Caja de Compensación Familiar, el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA- y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la entidad como parte de su gestión.

Dada en Silvania (Cundinamarca), a los 27 días del mes de enero de 2025.

Atentamente,

CARLOS GERMAN GARCIA SANABRIA
Gerente

HUMBERTO VELASQUEZ MORENO
C.C. 11.388.173 de Fusagasugá
Contador Público T.P. 126954-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

FF594ZA569E5180

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HUMBERTO VELASQUEZ MORENO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 11388173 de FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 126954-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 11 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **11.388.173**

VELASQUEZ MORENO

APELLIDOS

HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-NOV-1970**

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-FEB-1989 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1509400-00125882-M-0011388173-20081107 **0005**527075A 2 1760008850

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

126954-T



HUMBERTO
VELASQUEZ MORENO
C.C. 11388173
RES. INSCRIPCION 142 DEL 07/06/2007
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

248808 137144

Identificación Plástica S.A. 160017/0116

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 8
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 09/diciembre/2024

FECHA: DÍA MES AÑO

Marcar sólo una opción 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

1. SECRETARÍA ENTIDAD: Salud
¿CUAL?
2. CONTRATO No.: AÑO
3. CONVENIO: SS-CDVI-1425 DE 2025 AÑO 2025

DATOS PERSONALES

4. RAZÓN SOCIAL O NOMBRE: HOSPITAL ISMAEL SILVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.
5. IDENTIFICACIÓN NIT: NIT No. 800035020 D.V. 6
6. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: CARLOS GERMAN GARCIA SANABRIA
7. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL: CC Cédula de Ciudadanía No. 11378597 D.V. 8
8. NOMBRE COMERCIAL:
9. MUNICIPIO DE UBICACIÓN: Cundinamarca-Sibanna
10. TELÉFONOS: 601 Cundinamarca - Bogot 8683116 CELULAR: 3187128185
Indicativo
11. CORREO ELECTRÓNICO: hospitalismaelsilva@yahoo.es

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

12. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: Bancolombia Cód. 1007
Si selecciona "Otra Entidad", por favor especifique: ¿Cual?
13. No. CUENTA BANCARIA: 264764174-56 TIPO: Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

14. CLASE: Jurídica
15. SI ES PERSONA NATURAL ¿ES COMERCIANTE?: No
La información de dependiente económica sólo la diligencia la persona natural, si la aplica.
16. NATURALEZA: Pública ¿CUAL?
17. RÉGIMEN TRIBUTARIO: No Responsable de IVA
18. CALIDAD TRIBUTARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN: AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN:
AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN: AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN:
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?
19. ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 8610 Actividades de hospitales y clínicas con internación
SECUNDARIA:
20. CLASIFICACIÓN ICA: PRINCIPAL:
SECUNDARIA:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministre con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 No. 51 - 53, identificada con el NIT 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad	Si
2. Fotocopia del RUT expedida por la DIAN	Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

CARLOS GERMAN GARCIA SANABRIA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

11378597
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

21. CUENTA: ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
22. CUENTA ASOCIADA: 2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL?
23. GRUPO DE TESORERÍA: K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
24. TIPO DE PAGO: Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

25. RETEFUENTE: TARIFA 1
TARIFA 2
TARIFA 3
26. ICA: TARIFA 1
TARIFA 2
TARIFA 3
27. RETENCIÓN IVA: RC5 Reteiva aplicable a compras 15%
RC7 Reteiva aplicable a servicios 15%
28. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL: TARIFA 1
29. ESTAMPILLAS: DR01 Prg Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 28 MES 01 AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO FUENTES
REVISADO POR:

Bancolombia

Fusagasugá, enero 7 de 2024

Señor(e)
E S E HOSPITAL ISMAEL SILVA
Ciudad

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar **que E S E HOSPITAL ISMAEL SILVA E. S. E. Identificada con NIT 808003500 a** la expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos

CUENTA	NUMERO DE CUENTA	FECHA DE APERTURA	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. ESTADO
AHORROS SS-CDVI-1425 de 2024 "AUNAR ESFUERZOZ PARA EL FORTALECIMIETNO DEL TALENTO HUMANO PROGRAMA MEDICO EN TU TERRITORIO	264-764174-56	2025/01/07	ACTIVA

Atentamente,

BANCOLOMBIA Fusagasugá Cra 9a No 9-152

MONICA ZAMBRANO CARDENAS
ASESOR MOVIL
OFICINA 264 FUSAGASUGA

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

* 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) 900 905 [illegible] - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141012756877

{415}7707212489984{8020} 000014101275687 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
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
HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Silvania 7 4 3

41. Dirección principal
CL 9 9 38 BRR KENNEY

42. Correo electrónico hospitalismaelsilva@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 6 8 3 1 1 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 0 3 0 4 1 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 6 7 1 4 1 6 4 2 5 2

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

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

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 GARCIA SANABRIA CARLOS GERMAN
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 27-01-2025 10:28:45AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141012756877

(415)7707212489984(8020) 000014101275687 7

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

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 1	
73. Fecha	2 0 0 3 0 4 1 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 9	
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 4 1 1	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 4 1 1	
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: Contraloría General de la República — 1 3

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 4	2 0 1 6 0 1 0 1		
2				
3				
4				
5				

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

Fecha generación documento PDF: 27-01-2025 10:28:45AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141012756877

(415)7707212489984(8020) 000014101275587 7

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

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 1 3 7 8 5 9 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GARCIA	SANABRIA	CARLOS	GERMAN

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

Fecha generación documento PDF: 27-01-2025 10:28:45AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141012756877

(415)7707212489984(8020) 000014101275687 7

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

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 1 1 3 8 8 1 7 3		1 2 6 9 5 4

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
VELASQUEZ	MORENO	HUMBERTO	

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO