| Gobernación de Cundinamarca | LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO | Código: A-GF-FR-079 |
|---|---|---|
| | | Versión: 2 |
| | GESTIÓN FINANCIERA | Fecha de Aprobación: 10/sep/2024 |

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Dirección de Desarrollo de Servicios - Secretaría de Salud

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 1/5 "Mejor en tu Territorio" Convenio 95-CDCVI-1436-2024

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: ESE Hospital Santa Rosa de Tenjo FECHA: 11-02-2025

| PARÁMETRO | RESULTADO C | RESULTADO NC | SOPORTE VERIFICACIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| ¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado? | | | FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 2 | |
| ¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico? | | | FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017-VERSIÓN 3 | |
| ¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico? | | | PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN | |
| ¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar? | | | INFORME DE ACTIVIDADES | |
| ¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista? | | | CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA | |
| ¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar? | | | SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS) | |
| ¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social? | | | SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL | |
| ¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago? | | | CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO | |
| ¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II? | | | PANTALLAZO SECOP | |
| ¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro? | | | OTROS | |

| RESULTADO |
|---|
| C: Cumple |
| NC: No cumple |

Funcionario responsable de realizar la entrega _____

Funcionario responsable de la recepción _____

17 FEB 2025 9:09

14 FEB 2025

| Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: A-GC-FR-033 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 04 |
| | RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS | FECHA: 18/10/2024 |

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | Día | Mes | Año | FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | Día | Mes | Año | FECHA DE TERMINACION (Incluidas adiciones) | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 12 | 2 | 2025 | | 2 | 1 | 2025 | | 1 | 9 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | DAF - SECRETARIA DE SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197.B |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIONAL | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|
| SS-CDCVI-1436-2024 | X | | ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | 860.037.592-9 |

| TELÉFONO FIJO | NUMERO CELULAR | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | 3108659363 | Calle 3 No 6 - 31 | htenjo@cundinamarca.gov.co |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE TENJO 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. |
| CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | El valor total del presente convenio interadministrativo es de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17.724.000), de los cuales:<br>La Secretaria de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($ $17.724.000), que serán girados a la E.S.E de la siguiente manera:<br>Se realizarán 5 desembolsos de la siguiente manera:<br>1.Un PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de enero de la vigencia 2025, por la suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($4.431.000), la cual cubrirá los meses de enero y febrero de 2025.<br>2.UN SEGUNDO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de febrero de la vigencia 2025, POR LA SUMA DE CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($4.431.000) la cual cubrirá el mes de marzo de 2025.<br>3.Un TERCER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de marzo de la vigencia 2025, por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($2.215.500), la cual cubrirá el mes de abril y 15 días de mayo de 2025.<br>4.Un CUARTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de abril de la vigencia 2025, por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($2.215.500),la cual cubrirá el cubrirá 15 días de mayo y mes de junio de 2025.<br>5.Un QUINTO DESEMBOLSO por la suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($4.431.000), sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 1-0500 | NOMBRE DEL FONDO | SUBCUENTA OTROS GASTOS EN SALUD/ingreso corriente de libre destinacion | VALOR DEL PAGO | $ 4.431.000 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 1 DE 5 | BANCO | DAVIVIENDA | | |
| CUENTA N° | 468300045266 | AHORROS | | | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $ 17.724.000,00 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | |
| | | VALOR ANTICIPADO | $ - |
| | | VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| DISTRITO — DEPARTAMENTO | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| | | SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| | | VALOR BRUTO A PAGAR | $ 4.431.000 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 4.431.000 |
| TOTAL | $ 17.724.000 | SALDO POR EJECUTAR | $ 13.293.000 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 22 | 01 | 2025 | 4600027266 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 6 | 02 | 2025 | ALEJANDRO RIVERA MOYA |

| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | SI | X | FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | # INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | del | | | Al | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | NO | | | | | | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | | | 12 | 2 | 25 | 1 | | 2 | 1 | 2025 | 30 | 1 | 2025 |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | | Terminación Anticipada | | Supervisión | | No Aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES (si se requiere) | | | | | | | | | | | |

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | JORGE TADEO RESTREPO AVENDAÑO | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA: | Profesiona Especializado Dirección Desarrollo de Servicios | CARGO Y DEPENDENCIA: | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO Y DEPENDENCIA: | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | 12-02-2025 | FIRMA: | | FIRMA: | |

# E.S.E HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

NIT 860.037.592-9

Calle 3 No 6-31 Telefax: 8654118

Tenjo (C/Marca)

Cod. IPS:

E.S.E Hospital Santa Rosa Tenjo

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764076503053 con vigencia del 05-08-2024 al 05-08-2025. Numeración habilitada del 300001 al 350000 y prefijo HSRT

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. HSRT-333193**

| | | |
|---|---|---|
| Fecha Factura: | 11/02/2025 | |
| Fecha Vencimiento: | 11/02/2025 | |
| Fecha Validación DIAN: | 11/02/2025 | 14:18:00 |
| Fecha Inicial: | 11/02/2025 | |
| Fecha Final: | 11/02/2025 | |

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

CUFE: 1532f1823ddc7d1f5630ee8ba482a617cd5efa716edd3078c6f1606c1c7384933 20a1f98180b2f27c78e358b49272cb9

Elaborado por NELLY TRIANA



**Administradora:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
**Nit:** 899999114 - 0
**Convenio:** SS-CDCVI-1436
**Fecha Convenio:** 29 DE DICIE 2024 A 01 SEPTIE 2025
**Contratacion:** Por servicio

**Forma pago:** Crédito
**Plazo (Días):**
**Plan Beneficio:** Cobertura entidad territ

CC 899999114 DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD

**Tipo Usuario:** Contributivo Cotizante

| Orden | Fecha | Código | Nº Mipres | CUM | Ent. Mipres | AUTORI | Descripción | Cant. | Vl.Unit. | Vl.Total | Copago | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1140354 | 11/02/20 | | | | | | Convenio Interadministrativo SS-CDCVI-14 | 1.00 | 4,431,000.00 | 4,431,000 | 0 | 4,431,000 |
| | | | | | | | **Total Paciente** | | | 4,431,000 | 0 | 4,431,000 |

**OBSERVACIONES:** CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1436-2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592-9

**Valor en letras:** CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **TOTAL CARGOS** | 4,431,000 |
| **DESCUENTO** | 0 |
| **TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS** | 0 |
| **SALDO ADMINISTRADORA** | 4,431,000 |

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

FIRMA PACIENTE

DAVIVIENDA

TENJO-CUNDINAMARCA
2025/01/15

**BANCO DAVIVIENDA**

**CERTIFICA**

Que la empresa **ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO** identificado con nit. **860037592-9** se encuentra vinculado con **cuenta ahorros 468300045266**
**Denominada "CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI- 1436-2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592-9**

**Estado : ACTIVA**

La Presente certificación se expide a solicitud de quién interese

**FIRMA AUTORIZADA**
Banco Davivienda

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
Banco Davivienda S.A.

| Gobernación de CUNDINAMARCA | GESTIÓN FINANCIERA | Código: A-GF-FR-025 |
|---|---|---|
| | Creación o Actualización de Datos de Terceros | Versión: 6 |
| | | Fecha: 11/junio/2024 |

FECHA: DÍA 15 | MES 01 | AÑO 2025

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

## INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| 3. SECRETARÍA | SALUD |
| 4. CONTRATO/OT | Año |
| 5. CONVENIO | SS-CDCVI-1436-2024-2024 Año 2025 |

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| 6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO |
| 7. IDENTIFICACIÓN RUT | NIT No 860037592-9 D.V. ## |
| 8. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL | ALEJANDRO RIVERA MOYA |
| 9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL | CC Cédula de Ciudadanía No 79242113 D.V 1 |
| 10. DIRECCIÓN PRINCIPAL | CALLE 3 Nº 6 31 |
| 11. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO | Cundinamarca-Tenjo |
| 12. TELÉFONO | 601 Cundinamarca - Bogd 8647222 — 13. CELULAR 3108659363 |
| 14. CORREO ELECTRÓNICO | Indicativo htenjo@cundinamarca.gov.co |

## INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

| | |
|---|---|
| 15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA | Banco Davivienda S.A. Cód. 51 |
| 16. No CUENTA BANCARIA | 468300045266 — 17. 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

| | |
|---|---|
| 18. PERSONA | Natural |
| 19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO | CC Cédula de Ciudadanía No No CEDULA DEL GERENTE |
| | La información de dependiente económico sólo lo diligencia la persona natural, si le aplica. |
| 20. NATURALEZA | Pública ¿CUAL? EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
| 21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA | No Responsable de IVA |
| 22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE | GRAN CONTRIBUYENTE NO No. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR RENTA No. RESOLUCIÓN |
| | AUTORRETENEDOR IVA NO No. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR ICA No. RESOLUCIÓN |
| | ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO SI OTRA ¿CUAL? |
| 23. ACTIVIDAD ECONÓMICA | PRINCIPAL 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación |
| | SECUNDARIA |
| 24. TARIFA RETEICA | 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 suministra, 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, autorizar, 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 expedido por la DIAN | SI |
| 3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique) | NO |
| 4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique) | NO |
| 5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa | SI |

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

## FIRMA

ALEJANDRO RIVERA MOYA
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

79.242.113
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

## INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

| | |
|---|---|
| 25. RAMO | ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS |
| 26. CUENTA ASOCIADA | 2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL? |
| 27. GRUPO DE TESORERÍA | K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales |
| 28. VÍAS DE PAGO | Y Transferencia Salud |

### INDICADORES DE RETENCIÓN

| | |
|---|---|
| 29. RETEFUENTE | TARIFA 1 |
| | TARIFA 2 |
| | TARIFA 3 |
| 30. ICA | TARIFA 1 |
| | TARIFA 2 |
| | TARIFA 3 |
| 31. RETENCIÓN DE IVA | RI05 Reteiva aplicable a compras 15% |
| | RI07 Reteiva aplicable a servicios 15% |
| 32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL | TARIFA 1 |
| 33. ESTAMPILLAS | |
| 34. TASAS | DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5% |

FECHA: DÍA 07 | MES 02 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

REVISADO POR:

| INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CDCVI-1436-2024 VF ORD 017/2024 | |
|---|---|
| Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1 | Informe Final _____ |
| Periodo del Informe: Del 01.01.2025 hasta el 30.01.2025 | |
| Fecha en la que se rinde en informe : | 12.02.2025 |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

| | |
|---|---|
| Contratista: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE |
| NIT / C.C.: | 8600375929 |
| Supervisor: | Jorge Tadeo Restrepo Avendaño |
| Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
| Objeto del Contrato o Convenio: | VF ORD. 017/2024 "AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE TENJO 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: | 29.12.2024 |
| Fecha de Inicio del Contrato o Convenio | 02.01.2025 |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 7100059895 |
| Registro Presupuestal | 4600027266 |
| Valor Inicial del Contrato o Convenio | $17,724,000 |
| Adición | $0 |
| Vigencia Futura | $0 |
| Valor Total del Contrato | $17,724,000 |
| 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 | NA |
| Garantía de Cumplimiento | N/A |
| Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual | N/A |

## 2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 25%

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

Se tiene copia de acta de inicio, la cual esta celebrada dentro de los tiempos estipulados.
Anexo 1 de los documentos soportes de la cuenta

14 FEB 2025

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 recibe copia de la certificación bancaria de apertura reciente de la cuenta de ahorro con fecha del 15 de enero de 2025
Anexo 2 de los documentos soportes

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 de la Empresa Social del Estado.

Se recibe certificación firmada por la gerencia de la ESE y copia de la planilla de pagos de la Seguridad Social en Salud y Parafiscales con fecha de certificación del 06 de febrero de 2025 y planilla con fecha del 12 de febrero de 2025
Anexo 3 Certificado ESE pago de Parafiscales y seguridad Social y copia de la planilla de pago de los mismos.

4. Habilitar los servicios del grupo de Consulta externa en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría en la modalidad de jornadas en salud y Ginecobstetricia en modalidad Telemedicina, previa viabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios y aportar los siguientes documentos del prestador remisor:
• Copia impresa del contrato o convenio con el prestador de referencia inscrito en el REPS, con una relación de los servicios de salud que el prestador de referencia le garantizará al prestador remisor.
• Cuando el prestador de referencia sea del mismo prestador deberá presentar documento con la relación de los servicios de salud que garantizará al prestador remisor
• Copia impresa de la certificación de conexión a internet, que soporte el método de comunicación sincrónico o asincrónico, según sea el caso.
• Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, donde certifica el cumplimiento de las responsabilidades determinadas para el uso de plataformas tecnológicas en telemedicina. (Resolución 3100 de noviembre 23 de 2019).

En el momento se cuenta con el servicio habilitado para la prestación de Medicina Interna. Para los servicios de medicina en ginecobstetricia y pediatría, no se cuenta con el servicio habilitado, este está en trámite mientras se actualiza el REPS, donde figura la medida de seguridad impuesta por IVC de la Secretaría de Salud, la Cual ya se tramito su levantamiento.
Se cuenta con convenio ESE Samarita como prestador de servicios de referencia, la cual está en proceso de actualización luego de realizar la novedad en el REPS para la prestación del servicio en modalidad de telemedicina para el servicio de Ginecobstetricia.
Anexo 4: Levantamiento de medidas de seguridad emitida por IVC de la Secretaría de Salud de Cundinamarca

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 y la habilitación de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría en la modalidad de jornadas y Ginecobstetricia en la modalidad de telemedicina como prestador remisor.

Se recibe certificación firmada por el gerente de la ESE con fecha del 10 de febrero de 2025, en la cual certifica que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio.
Anexo 5: certificación de gerencia contar con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio

6. Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio de Consulta externa en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría en la modalidad de jornadas y Gineco obstetricia en la modalidad de Telemedicina como prestador remisor, de acuerdo al Programa Territorial de Reorganización, rediseño y modernización de la Red Departamental de Salud.

Se cuenta con el personal el personal ya localizado y en proceso de contratación para la ejecución de las actividades pactadas.
Se solicita para la próxima cuenta hacer llegar copia de las hojas de vida de cada profesional, copia de los contratos celebrado y agenda programática de la prestación de los servicios objeto del convenio
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta

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

Este proceso de contratación se encuentra en trámite por lo cual se solicita hacer llegar soportes para el trámite de la próxima cuenta.
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta

8. 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; la habilitación de los servicios de especialidades de medicina interna, pediatría en modalidad de jornadas y ginecobstetricia en la modalidad de telemedicina.

Se recibe certificación firmada por el gerente de la ESE con fecha del 10 de febrero de 2025, en la cual certifica que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio.
Anexo 5: certificación de gerencia contar con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio

9. Remitir al supervisor del convenio las agendas de programación del servicios de especialidades de medicina interna, pediatría en modalidad de jornadas y ginecobstetricia en la modalidad de telemedicina. ; la relación de los usuarios atendidos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia y la producción de las sedes respectivas,

al igual que los soportes de los pagos realizados.

En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta

10. Adelantar 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.

En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional .
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta

11. 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.

En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional. Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta.

12. 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.

En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional.Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta

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

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas.
Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

14. Reintegrar los recursos no ejecutados en el plazo establecido en el acta de liquidación y los respectivos rendimientos financieros.

No aplica en el momento

15. Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual a fin de proceder a su liquidación.

No aplica en el momento

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

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas.
Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

17. Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar.

No aplica en el momento

18. Supervisión Continua: Realizar un seguimiento constante de la ejecución del contrato para garantizar que se cumplan los objetivos y estándares de calidad establecidos en el convenio.

Se inicia la supervisión de la ejecución de los contratos firmados por la ESE, para lo cual se sugiere que realicen el nombramiento del supervisor por parte de la ESE que realizará el seguimiento a los contratos del personal especializado a contratar
Hacer Llegar copia de la delegación de la supervisión

19. Evaluación del Personal Contratado: Verificar que el talento humano contratado cumpla con los requisitos de idoneidad y calificación necesarios, así como con las condiciones técnicas y éticas exigidas.

En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional. Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos
Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta.

20. Acompañamiento Técnico: Brindar asesoría técnica y profesional en la implementación del programa, asegurando que se sigan las mejores prácticas en la atención médica.

En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional. Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos

14 FEB 202

Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta.

21. Revisión de Informes: Solicitar y revisar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso.

No aplica en el momento

22. Radicación de Informes: radicar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos al supervisor por parte de la Secretaría de salud, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

23. Aseguramiento de la Calidad: Realizar auditorías y evaluaciones de calidad de los servicios prestados en los hospitales y centros de salud para asegurar que se cumplen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

24. Coordinación de Acciones: Facilitar la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio de salud, asegurando un flujo de información eficiente y la resolución oportuna de problemas.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

25. Capacitación y Formación: Proponer y, en caso de ser necesaria, llevar a cabo programas de capacitación para el personal médico y de apoyo involucrado en la atención, asegurando que se mantengan actualizadas las competencias profesionales y personales y garantizar la participación a las capacitaciones que la Secretaria de salud cite.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

26. Gestión de Recursos: Supervisar el uso adecuado de los recursos asignados, asegurando que estos sean empleados estrictamente para los fines estipulados en el convenio.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

27. Atención de Quejas y Reclamos: Establecer y supervisar un mecanismo para la atención de quejas y reclamos de los usuarios sobre la calidad de los servicios médicos prestados, promoviendo una atención más humanizada.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

28. Informe a la Secretaría de Salud: Mantener informada a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados en la ejecución del convenio, así como sobre cualquier incidente que pueda afectar la calidad de la atención.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

29. Evaluación de Resultados: Medir y evaluar los resultados de la prestación de servicios de salud, analizando el impacto en la comunidad y proponiendo ajustes si fuera necesario para mejorar la calidad y efectividad de los servicios.

Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio.

## 3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

| DOCUMENTO DE PAGO | FECHA | VALOR |
|---|---|---|

No aplica en el momento

## 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

El perfil que obsten to es de profesional en salud, no tengo competencias en conocimientos jurídicos y económicos, por lo cual se requiere participación de profesionales en estas ramas que cuenten con las competencias necesarias y se pueda realizar una supervisión mas integral, lo cual reviste mayor importancia cuando este convenio tiene como objeto principal brindar apoyo económico a la ese para la prestación de los servicios.

12-02-2025

Jorge Tadeo Restrepo Avendaño
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

14 FEB 2025

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-1436-2024 |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD** | ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO. |
| **OBJETO** | AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE TENJO 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** | DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17.724.000). |
| **No. DEL INFORME** | 1 de 5 |
| **PERIODO DEL INFORME** | Del 2 al 31 de enero 2025 |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | Jorge Tadeo Restrepo Avendaño |

| 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 tiene copia de acta de inicio, la cual esta celebrada dentro de los tiempos estipulados. | Anexo 1 de los documentos soportes de la cuenta |
| 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 recibe copia de la certificación bancaria de apertura reciente de la cuenta de ahorro con fecha del 15 de enero de 2025 | Anexo 2 de los documentos soportes. |
| 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 | Se recibe certificación firmada por la gerencia de la ESE y copia de la planilla de pagos de la Seguridad Social en Salud y Parafiscales con fecha de certificación del 06 | Anexo 3 Certificado ESE pago de Parafiscales y seguridad Social y copia de la planilla de pago de los mismos. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | lugar de la Empresa Social del Estado. | de febrero de 2025 y planilla con fecha del 12 de febrero de 2025 | |
| 4 | Habilitar los servicios del grupo de Consulta externa en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría en la modalidad de jornadas en salud y Ginecobstetricia en modalidad Telemedicina, previa viabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios y aportar los siguientes documentos del prestador remisor:<br>• Copia impresa del contrato o convenio con el prestador de referencia inscrito en el REPS, con una relación de los servicios de salud que el prestador de referencia le garantizará al prestador remisor.<br>• Cuando el prestador de referencia sea del mismo prestador deberá presentar documento con la relación de los servicios de salud que garantizará al prestador remisor<br>• Copia impresa de la certificación de conexión a internet, que soporte el método de comunicación sincrónico o asincrónico, según sea el caso.<br>• Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, donde certifica el cumplimiento de las responsabilidades determinadas para el uso de plataformas tecnológicas en telemedicina. (Resolución 3100 de noviembre 23 de 2019). | En el momento se cuenta con el servicio habilitado para la prestación de Medicina Interna. Para los servicios de medicina en ginecobstetricia y pediatría, no se cuenta con el servicio habilitado, este está en trámite mientras se actualiza el REPS, donde figura la medida de seguridad impuesta por IVC de la Secretaría de Salud, la Cual ya se tramito su levantamiento.<br>Se cuenta con convenio ESE Samarita como prestador de servicios de referencia, la cual está en proceso de actualización luego de realizar la novedad en el REPS para la prestación del servicio en modalidad de telemedicina para el servicio de Ginecobstetricia. | Anexo 4: Levantamiento de medidas de seguridad emitida por IVC de la Secretaría de Salud de Cundinamarca |
| 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 y la habilitación de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría en la modalidad de jornadas y Ginecobstetricia en la modalidad de telemedicina como prestador remisor. | Se recibe certificación firmada por el gerente de la ESE con fecha del 10 de febrero de 2025, en la cual certifica que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio. | Anexo 5: certificación de gerencia contar con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio de Consulta externa en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría en la modalidad de jornadas y Gineco obstetricia en la modalidad de Telemedicina como prestador remisor, de acuerdo al Programa Territorial de Reorganización, rediseño y modernización de la Red Departamental de Salud. | Se cuenta con el personal el personal ya localizado y en proceso de contratación para la ejecución de las actividades pactadas.<br>Se solicita para la próxima cuenta hacer llegar copia de las hojas de vida de cada profesional, copia de los contratos celebrado y agenda programática de la prestación de los servicios objeto del convenio | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta |
| 7 | Responder por el proceso de contratación adelantado y por las obligaciones derivadas de los contratos celebrados. | Este proceso de contratación se encuentra en trámite por lo cual se solicita hacer llegar soportes para el trámite de la próxima cuenta. | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta |
| 8 | 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; la habilitación de los servicios de especialidades de medicina interna, pediatría en modalidad de jornadas y ginecobstetricia en la modalidad de telemedicina. | Se recibe certificación firmada por el gerente de la ESE con fecha del 10 de febrero de 2025, en la cual certifica que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio. | Anexo 5: certificación de gerencia contar con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio |
| 9 | Remitir al supervisor del convenio las agendas de programación de los servicios de especialidades de medicina interna, pediatría en modalidad de jornadas y ginecobstetricia en la modalidad de telemedicina. ; la relación de los usuarios atendidos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia y la producción de las sedes respectivas, al igual que los soportes de los pagos realizados. | En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta |
| 10 | Adelantar 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 | En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | convenio, con el fin de garantizar la correcta inversión de los recursos. | | |
| 11 | 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. | En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional.<br>Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta |
| 12 | 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. | En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional.<br>Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta |
| 13 | Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |
| 14 | Reintegrar los recursos no ejecutados en el plazo establecido en el acta de liquidación y los respectivos rendimientos financieros | No aplica en el momento | No aplica en el momento |
| 15 | Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual a fin de proceder a su liquidación. | No aplica en el momento | No aplica en el momento |
| 16 | Estar sujeto al seguimiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca durante el tiempo que dure el convenio. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | |
| 17 | Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar. | No aplica en el momento | No aplica en el momento |
| 18 | Supervisión Continua: Realizar un seguimiento constante de la ejecución del contrato para garantizar que se cumplan los objetivos y estándares de calidad establecidos en el convenio. | Se inicia la supervisión de la ejecución de los contratos firmados por la ESE, para lo cual se sugiere que realicen el nombramiento del supervisor por parte de la ESE que realizará el seguimiento a los contratos del personal especializado a contratar | Hacer Llegar copia de la delegación de la supervisión. |
| 19 | Evaluación del Personal Contratado: Verificar que el talento humano contratado cumpla con los requisitos de idoneidad y calificación necesarios, así como con las condiciones técnicas y éticas exigidas. | En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional.<br>Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta. |
| 20 | Acompañamiento Técnico: Brindar asesoría técnica y profesional en la implementación del programa, asegurando que se sigan las mejores prácticas en la atención médica. | En el momento no aplica, se encuentra en trámite la contratación del personal profesional.<br>Al momento no se ha realizado ningún pago previo de recursos | Pendiente presentar para el trámite de la próxima cuenta. |
| 21 | Revisión de Informes: Solicitar y revisar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso. | No aplica en el momento | No aplica en el momento |
| 22 | Radicación de Informes: radicar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos al supervisor por parte de la Secretaría de salud, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | de las obligaciones pactadas. | |
| 23 | Aseguramiento de la Calidad: Realizar auditorías y evaluaciones de calidad de los servicios prestados en los hospitales y centros de salud para asegurar que se cumplen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |
| 24 | Coordinación de Acciones: Facilitar la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio de salud, asegurando un flujo de información eficiente y la resolución oportuna de problemas. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |
| 25 | Capacitación y Formación: Proponer y, en caso de ser necesaria, llevar a cabo programas de capacitación para el personal médico y de apoyo involucrado en la atención, asegurando que se mantengan actualizadas las competencias profesionales y personales y garantizar la participación a las capacitaciones que la Secretaria de salud cite | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |
| 26 | Gestión de Recursos: Supervisar el uso adecuado de los recursos asignados, asegurando que estos sean empleados estrictamente para los fines estipulados en el convenio. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | durante la duración del convenio. |
| 27 | Atención de Quejas y Reclamos: Establecer y supervisar un mecanismo para la atención de quejas y reclamos de los usuarios sobre la calidad de los servicios médicos prestados, promoviendo una atención más humanizada. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |
| 28 | Informe a la Secretaría de Salud: Mantener informada a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados en la ejecución del convenio, así como sobre cualquier incidente que pueda afectar la calidad de la atención. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |
| 29 | Evaluación de Resultados: Medir y evaluar los resultados de la prestación de servicios de salud, analizando el impacto en la comunidad y proponiendo ajustes si fuera necesario para mejorar la calidad y efectividad de los servicios. | Estas acciones se realizarán permanentemente durante todo el periodo de vigencia de la prestación de los servicios. En el informe de seguimiento que se entregue cada mes, se evidenciará el seguimiento a las acciones administrativas y financieras que se consideren pertinentes para la ejecución del convenio y cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Pendiente entrega en el informe gerencial del mes de febrero y se establecerá su permanencia mensual durante la duración del convenio. |

Gobernación de Cundinamarca

**SUPERVISOR DEL CONVENIO**

12-02-2025

JORGE TADEO RESTREPO AVENDAÑO
Supervisor Convenio SS-CDCVI-1436-2024

Aprobó: Diego Fernando Charry Ballesteros
Elaboro: Jinneth Ruiz Torres

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E Hospital Santa Rosa Tenjo | **ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO NIT: 860. 037.592-9** | CUNDINAMARCA Todo Pasa Aquí |
| VERSION: 001 | | |
| CODIGO: CAR BANCO | **CUENTA DE COBRO** | PAGINAS: 1 |

**FORMATO ÚNICO PARA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO A LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

**HOSPITAL:** E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO
**NIT:** 860.037.592-9
**CONTRATO:** SS-CDC VI1436
**CUENTA DE COBRO N° 001**
**PERÍODO:** día 02 del mes ENERO al día 30 del mes ENERO del año 2.025.
**VALOR TOTAL:** ($4.431.000, CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA UN MIL PESOS MCTE.).
**CONCEPTO:** SS-CDC VI1436

| CONCEPTO | DATO |
|---|---|
| CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1436-2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-SECRETARIOS DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJOCON NIT 860037592-9 | 4.431.000 |
| Número de facturas | 1 |
| HSRT328898 | 4.431.000 |

TOTAL : CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA UN MIL PESOS MCTE.).

Tenjo 12 de febrero de 2.025

Atentamente,

**MARTHA MILENA RAMIREZ BALAMBA**
**E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO**
*elaboro*

## EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## "HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO"

## C E R T I F I C A

Que la E.S.E "Hospital Santa Rosa de Tenjo", ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente al mes de enero de 2025

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Tenjo, Cundinamarca a los seis (06) día del mes de febrero de 2025.

ALEJANDRO RIVERA MOYA
REPRESENTANTE LEGAL

| Elaboró : Elsa Gonzalez R | Aprobó: ALEJANDRO RIVERA MOYA |
|---|---|
| Auxiliar Administrativo | Representante Legal |

Tenjo febrero 12 de 2025

El suscrito gerente de la E.S.E Hospital Santa Rosa de Tenjo, certifica que a la fecha no se han ejecutado actividades del convenio SS CDC 1436-2024 , se encuentra en etapa de alistamiento y contratación de los profesionales ejecutores de las actividades

Cordialmente,

ALEJANDRO RIVERA MOYA
Representante legal
E.S.E HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-860037592 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2025-02-12 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-02-21 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-02-06 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-01 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-02 |
| NÚMERO PLANILLA: | 32434793 |
| TOTAL COTIZANTES: | 16 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 32434793 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 8 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.733.400 | $ 2.733.400 |
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.045.600 | $ 2.045.600 |
| EPS008 | 860066942 | COMPENSAR-EPS | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 747.400 | $ 747.400 |
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.363.400 | $ 1.363.400 |
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 2 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.630.100 | $ 1.630.100 |
| Subtotal Salud | | 5 | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.519.900 | $ 8.519.900 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 772.400 | $ 772.400 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.613.100 | $ 1.613.100 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 12 | $ 137.300 | $ 137.300 | $ 0 | $ 8.794.300 | $ 8.794.300 |
| Subtotal Pensión | | 3 | 16 | $ 137.300 | $ 137.300 | $ 0 | $ 11.179.800 | $ 11.179.800 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.633.800 | $ 1.633.800 |
| Subtotal ARL | | 1 | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.633.800 | $ 1.633.800 |
| CCF21 | 860013570 | CAFAM | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.722.500 | $ 2.722.500 |
| Subtotal CCF | | 1 | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.722.500 | $ 2.722.500 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.361.700 | $ 1.361.700 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 16 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.042.300 | $ 2.042.300 |
| | | Total a pagar | | $ 137.300 | $ 137.300 | $ 0 | $ 27.460.000 | $ 27.460.000 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 21/03/2025 |

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
DEBDEE4041B9224C

**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 **KARINA AMPARO SANCHEZ PLAZAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52267480 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 226830-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 12 días del mes de Febrero de 2025 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

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

# 226830-T



KARINA AMPARO
SANCHEZ PLAZAS
C.C. 52267480
RES. INSCRIPCION 239 DEL 17/03/2017
CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

231044 245641

Identificación Plástica S.A. 172014/0137

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 3 7 5 9 2 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Tenjo 7 9 9 |

41. Dirección principal
CL 3 6 31

42. Correo electrónico htenjo@cundinamarca.gov.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 8 6 5 4 1 1 8 | 6 1 8 6 4 6 2 6 9 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 1 0 | 1 9 4 4 1 1 2 7 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 1 4 4 2 5 2 5 5

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
55 - Informante de Beneficiarios Finales

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 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 RIVERA MOYA ALEJANDRO

985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 12-02-2025 12:35:53PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 3 7 5 9 2 | 9 | Impuestos de Bogotá | 3 2 | |

## 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 | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | 1 3 | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 8 | |
| 72. Número | 3 3 3 2 | |
| 73. Fecha | 1 9 7 0 0 9 0 9 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 7 | |
| 76. Fecha de registro | 1 9 7 0 0 9 0 9 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 1 1 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 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

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 3 | 2 0 1 6 0 9 0 7 | | - |
| 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 CONTROLADA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 3 7 5 9 2 | 9 | Impuestos de Bogotá | 3 2 |

**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 Ciudadani 1 3 | 7 9 2 4 2 1 1 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIVERA | MOYA | ALEJANDRO | |

| 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 SIN COSTO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 12-02-2025 12:35:53PM

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: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 3 7 5 9 2 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

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

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

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

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Revisor fiscal suplente**

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

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

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

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 2 6 7 4 8 0 | 8 | 2 2 6 8 3 0 |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SANCHEZ | PLAZAS | KARINA | AMPARO |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 9 1 0 |

Copia controlada

Gobernación de Cundinamarca

LA SUSCRITA DIRECTORA OPERATIVA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

CERTIFICA

Que una vez consultada la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS del Ministerio de Salud y Protección Social, las siguientes Empresas Sociales del Estado se encuentran habilitadas y su inscripción se encuentra vigente:

| MUNICIPIO | CODIGO DE HABILITACION | | RAZON SOCIAL | CARÁCTER | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| AGUA DE DIOS | 2500100094 | 01 | SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E. | NAL | 20250831 |
| ANOLAIMA | 2504000352 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA | DEPTAL | 20250831 |
| ARBELÁEZ | 2505300023 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ | DEPTAL | 20250831 |
| CAJICÁ | 2512600353 | 02 | ESE HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER -I- NIVEL DE ATENCION CAJICA | MPAL | 20250831 |
| CAQUEZA | 2515100016 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA | DEPTAL | 20250831 |
| CARMEN DE CARUPA | 2515400077 | 01 | ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON DE CARMEN DE CARUPA | DEPTAL | 20250831 |
| CHÍA | 2517500020 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA | DEPTAL | 20250831 |
| CHOCONTÁ | 2518300025 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS | DEPTAL | 20250831 |
| CUCUNUBÁ | 2522400277 | 01 | E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA | MPAL | 20250831 |
| EL COLEGIO | 2524500057 | 01 | ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | DEPTAL | 20250831 |
| EL PEÑÓN | 2525801860 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAYETANO MARIA DE ROJAS | MPAL | 20250831 |

| MUNICIPIO | CODIGO DE HABILITACION | | RAZON SOCIAL | CARÁCTER | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| FACATATIVÁ | 2526900049 | 01 | E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ | DEPTAL | 20250831 |
| FOMEQUE | 2527900055 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE | DEPTAL | 20250831 |
| FOSCA | 2528100212 | 01 | CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E. | MPAL | 20250831 |
| FUNZA | 2528602522 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA | DEPTAL | 20250831 |
| FUSAGASUGÁ | 2529000036 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | DEPTAL | 20250831 |
| GACHETÁ | 2529700035 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA | DEPTAL | 20250831 |
| GUACHETÁ | 2531700044 | 01 | ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA | DEPTAL | 20250831 |
| GUADUAS | 2532000074 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS | DEPTAL | 20250831 |
| GUATAVITA | 2532600053 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | DEPTAL | 20250831 |
| JUNÍN | 2537200314 | 01 | E.S.E POLICLINICO DE JUNIN | MPAL | 20250831 |
| LA MESA | 2538600043 | 01 | E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ | DEPTAL | 20250831 |
| LA PALMA | 2539400034 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE | DEPTAL | 20250831 |
| LA VEGA | 2540203113 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA | DEPTAL | 20251031 |
| MADRID | 2543000021 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID | DEPTAL | 20250831 |
| MEDINA | 2543800045 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD MEDINA | DEPTAL | 20250831 |
| MOSQUERA | 2547300303 | 01 | HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA | MPAL | 20250831 |

| MUNICIPIO | CODIGO DE HABILITACION | | RAZON SOCIAL | CARÁCTER | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| NEMOCÓN | 2548600037 | 01 | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON | DEPTAL | 20250831 |
| NIMAIMA | 2548900276 | 01 | E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE NIMAIMA | MPAL | 20250430 |
| PACHO | 2551300028 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO | DEPTAL | 20250831 |
| PUERTO SALGAR | 2557200052 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR | DEPTAL | 20250831 |
| RICAURTE | 2561201832 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE RICAURTE | MPAL | 20250831 |
| SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA | 2564502173 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA | MPAL | 20250831 |
| SAN FRANCISCO | 2565802219 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE SALES | MPAL | 20260430 |
| SAN JUAN DE RÍO SECO | 2566200061 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | DEPTAL | 20250831 |
| SASAIMA | 2571800018 | 01 | E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA | DEPTAL | 20250831 |
| SESQUILÉ | 2573600017 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO | DEPTAL | 20250831 |
| SILVANIA | 2574300381 | 01 | HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E. | MPAL | 20250831 |
| SOACHA | 2575400075 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E MPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | MPAL | 20250831 |
| SOACHA | 2575400380 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | DEPTAL | 20250831 |
| SOPÓ | 2575800051 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO | DEPTAL | 20250831 |
| SUESCA | 2577200378 | 01 | E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUESCA | MPAL | 20250831 |
| TABIO | 2578500060 | 01 | ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO | DEPTAL | 20250831 |

Gobernación de Cundinamarca

| MUNICIPIO | CODIGO DE HABILITACION | | RAZON SOCIAL | CARÁCTER | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| TAUSA | 2579300131 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TAUSA | MPAL | 20250831 |
| TENJO | 2579900056 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO | DEPTAL | 20250831 |
| TOCAIMA | 2581500027 | 01 | E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA | DEPTAL | 20250831 |
| UNE | 2584501896 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS | MPAL | 20250831 |
| VERGARA | 2586200054 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA | DEPTAL | 20250831 |
| VIANÍ | 2586701909 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MERCEDES TELLEZ DE PRADILLA (E.S.E.) HOSPITAL VIANI PRIMER NIVEL DE ATENCION | MPAL | 20250831 |
| VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE | 2584300026 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE | DEPTAL | 20250831 |
| VILLETA | 2587500032 | 01 | E.S.E. HOSPITAL SALAZAR VILLETA | DEPTAL | 20250831 |
| VIOTÁ | 2587800041 | 01 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA | DEPTAL | 20250831 |
| ZIPAQUIRÁ | 2589902990 | 20 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | DEPTAL | 20250831 |

Dada en Bogotá a los 10 días del mes de diciembre de 2024

**DIANA MARCELA FORERO DELGADO**
Director Operativo Desarrollo de Servicios

Proyecto: Claudia Patricia Lopez-Profesional Especializado