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-CD-OT-839-2025	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 19.08.2025 hasta el 31.08.2025	
Fecha en la que se rinde en informe :	25.08.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	CARE & HEALTH S.A.S.
NIT / C.C.:	9013399388
Supervisor:	FLORESMIRO BENAVIDES
Cargo:	DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO (C)
Objeto del Contrato o Convenio:	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA SEDE MUNICIPIO DE TOCANCIPÁ ADMINISTRADA POR IPS CARE <(>&<)> HEALTH S.A.S CON NIT. 901339938-8, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2025
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	08.08.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	19.08.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100066613
Registro Presupuestal	4600031794
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$387,282,485
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$387,282,485
Plazo de Ejecución Inicial	31.12.2025
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	31.12.2025
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	31.12.2025
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	N.A.
Garantía de Cumplimiento	N.A.
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N.A.

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 66%

1.Suscribir acta de inicio
Se suscrubio acta de inicio con fecha 19 de agosto de 2025 25 AGO 2025
2.Apertura una cuenta bancaria EXCLUSIVA para el manejo de los recursos del SGP - Subsidio a la Oferta, la cuenta bancaria se denominará "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2025", y aportar la correspondiente certificación bancaria para el desembolso de los recursos.

La ESE realizo la apertura de la cuenta de ahorros N. 263877151 del banco de occidente.
3.Efectuar los ajustes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente para la incorporación de los recursos de acuerdo con el objeto del presente contrato y su destinación en el marco de la Ley 1955 de 2019 y la Resolución 484 de 2024.
4.Aportar copia del Acuerdo de Junta Directiva firmado donde se aprueba la incorporación de los recursos del presente contrato al presupuesto de la entidad.
5.Aportar copia de manual y del estatuto de contratación aprobado por junta directiva y vigente para la suscripción del presente contrato .
6.Carta del representante legal de la IPS CARE & HEALTH S.A.S., dirigida al supervisor de cómo se utilizaran los recursos conforme al objeto del contrato SGP 2025 únicamente para los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la IPS CARE & HEALTH S.A.S. con NIT 901339938-8, con las sedes que administran infraestructura pública de los municipios de TOCANCIPÁ de acuerdo a los términos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7.Gestionar lo pertinente para la adecuada ejecución de los recursos objeto del presente contrato durante la vigencia fiscal 2025.
8.Presentar ante el Supervisor del Contrato , certificación de aportes al sistema de seguridad social: salud pensión y Riesgos profesionales, y del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje, expedida por el Revisor Fiscal de IPS CARE & HEALTH S.A.S., cuando haya lugar a ello.
9.Designar un funcionario responsable del seguimiento a la ejecución oportuna del contrato que efectuará el seguimiento al cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte del mismo por parte de la IPS CARE & HEALTH S.A.S.
10.Aportar al supervisor el informe trimestral para evaluar los indicadores y metas pactados en el presente contrato conforme a la RESOLUCIÓN 1552 DE 2013, RESOLUCIÓN NO.256 DEL 2016 Y RESOLUCIÓN 408 DE 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. De GESTIÓN DE CALIDAD, GESTIÓN DE PRODUCCIÓN, GESTIÓN FINANCIERA de conformidad a los parámetros y formatos establecidos por la Dirección de Aseguramiento, con base al registro del resultado de los indicadores esperados; durante la vigencia de este contrato . Firmados por el Representante Legal y /o Revisor Fiscal o Contador según corresponda.
11.Garantizar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la IPS CARE & HEALTH S.A.S con NIT. 901339938-8, con la consecuente prestación de servicios de salud en las sedes con monopolio de servicios trazadores de: Tocancipa. ejecutando los recursos conforme a la asignación y forma de pago establecida en el presente contrato .
12.Gestionar los indicadores de CALIDAD, PRODUCCIÓN y FINANCIERA conforme a lo dispuesto en el Artículo 5 de la Resolución 484 de 2024 los Indicadores y metas se definen para los indicadores de que trata el artículo 2.4.2.7. del Decreto 780 de 2016 sustituido parcialmente por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, para las respectivas sedes como se dispone en el presente contrato .
13.En caso de que se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el presente contrato , para garantizar la continuidad efectiva del giro de recursos, pactados en el presente contrato ; la IPS CARE & HEALTH S.A.S. deberá formular un plan de mejora y realizar el seguimiento hasta que se obtenga el cumplimiento para cada una de las sedes hasta el informe final previa liquidación del contrato .
14.Presentar un informe mensual al supervisor, sobre los avances de la ejecución de los recursos recibidos para cada una de las sedes en los gastos de personal y la adquisición de bienes y servicios para la operación corriente, con los soportes correspondientes para el seguimiento del mismo, firmados por el Representante Legal y /o Revisor Fiscal o Contador según corresponda.
15.Presentar el informe final del cumplimiento de los indicadores y metas y de los planes de mejora cuando aplique, dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del término de ejecución del contrato a fin de proceder a su liquidación.
16.En caso de incumplimiento de los indicadores y metas pactadas para la liquidación del presente contacto ; la IPS CARE & HEALTH S.A.S. deberá suscribir un oficio firmado por el Representante Legal, y adicional un nuevo plan de mejora donde se compromete a su cumplimiento en la en la siguiente vigencia, con el fin de garantizar la prestación de los servicios y salvaguardar los recursos públicos.
17.Asignar el personal el apoyo asistencial, logístico y administrativo que se requiera desde la sede principal cuando el supervisor y personal de apoyo realicen el seguimiento técnico, administrativo, legal y financiero objeto del contrato .
18.Al cierre de la vigencia fiscal, los recursos que no hayan sido comprometidos por la IPS CARE & HEALTH S.A.S., la sede que administran infraestructura pública del municipio de Tocancipá en el marco de lo establecido en el presente Contrato se mantendrán como subsidio a la oferta, así como los rendimientos que se generen (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación para gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la Instituciones Prestadoras de Salud, para la prestación de servicios de salud de la sede que administran infraestructura pública del municipio de Tocancipá para lo cual esta deberá efectuar los ajustes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente.
19.Las demás que por la naturaleza del presente contrato deba ejecutar la IPS CARE & HEALTH S.A.S., la sede que administran infraestructura pública del municipio de Tocancipá

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

SE REALIZA EL PRIMER PAGO TAL Y COMO ESTA ESTIPULADO EN LA CLAUSULA SEXTA FORMA DE PAGO EN LA MINUTA DEL PRESENTE CONVENIO.

FLORESMIRO BENAVIDES
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO (C)

CARE & HEALTH S.A.S

Nit-901339938-8

Factura de Venta Electronica No
SCH9416

DIRECCION CARRERA 4 # 12 34
Telefonos: 6018698718
CORREO: comunicacioneshnst@gmail.com
Cundinamarca - Colombia

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

CLIENTE

899999114 DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
FAX:
TEL OFICINA: 17490000

BODEGA: | FECHA: 12/08/2025
ZONA: | FECHA VENC: 11/09/2025
VENDEDOR: MONCADA PINILLA LORENA

DIRECCION DE ENVIO: CALLE 26 51 53 TORRE SALUD PISO PISOS 4

CONCEPTO: FACTURA DE VENTAS

REFERENCIA	DESCRIPCION	CANT.	V. UNITARIO	IVA	DTO	V. PARCIAL
SGP	SUBSIDIO A LA OFERTA-GASTOS DE OPERACION DE SERVICIOS	1.0	257,235,492.00	0.0 %	0.0 %	257,235,492.00

Regimen común / Resolución de Facturación Electrónica DIAN No. 18764093025879 de 2025-05-10 a 2027-05-10 autorizado del SCH 1 al SCH 1000000. Efectuar retención del 2%.

OBSERVACIONES: Por concepto Contrato SS-CD-OT-839-2025 sistema general de participaciones subsidio a la oferta para la vigencia2025

(-) Descuento:	0.00
Sub. Total:	257,235,492.00
(+) IVA:	0.00
(-) Retención en la fuente:	0.00
(-) Reteica:	0.00
(-) Reteiva:	0.00
TOTAL FACTURA:	257,235,492.00

SON: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS

1º Esta factura de Ventas Constituye un Titulo Valor según ley 1231 de 2008.
2º El no pago oportuno causará cobro de intereses mas altos autorizados por el gobierno.
3º El incumplimiento en el pago oportuno será causa de perdida del descuento si lo hay.
4º Nos reservamos el derecho de dominio de la mercancia hasta que sea cancelada en su totalidad.

CUALQUIER RECLAMO CON LA ENTREGA DEL PRODUCTO; COMUNIQUESE EN BODEGA, A LOS TEL:6018698718

Firma Autorizada

Nombres: _____
Cédula No. _____
Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___ Firma: _____

Firma Comprador

CUFE: ade9fdb90aea36c97e9302d1deb54763fc392519e10271fc7aafcfe06a85258

GENERADO POR:MONCADA PINILLA LORENA EL 12/08/2025 A LAS 05:04:31 PM
DESDE: PC

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE CARE AND HEALTH S.A.S
OPERADOR DEL "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRÁNSITO DE TOCANCIPÁ"

NIT. 901.339.938-8

HACE CONSTAR:

De conformidad al artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, **EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CARE AND HEALTH S.A.S OPERADOR DEL "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRÁNSITO DE TOCANCIPÁ"**, con **NIT. 901.339.938-8,** se encuentra a **PAZ Y SALVO** con los pagos de Aportes al Sistema General de Seguridad Social (salud, pensión y riesgos laborales) así como Aportes Parafiscales, Caja de Compensación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F., Servicio Nacional de Aprendizaje S.E.N.A. de los últimos seis meses.

Dada en **HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRÁNSITO DE TOCANCIPÁ,** a los ocho (08) días del mes de agosto de 2025.

MAURICIO POVEDA ROJAS
CC.80.186.093
TP 114706-T
Revisor Fiscal

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la dirección Financiera

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0 1 1 F A 9 5 9 B 0 F 6 A 2 6 6

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 **MAURICIO POVEDA ROJAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80186093 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 114706-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 21 días del mes de Julio 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

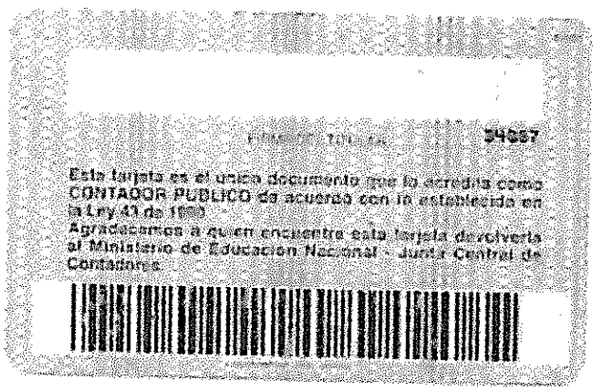
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ICCOL0246126674150O1<<<<<<<<<<<
8210254M3306275COL80186093<<<6
POVEDA<ROJAS<<MAURICIO<<<<<<<<<


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
114706-T
MAURICIO
POVEDA ROJAS
C.C. 80146093
RESOLUCION INSCRIPCION 208 FECHA 2005/11/24
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
PRESIDENTE
124744


34087
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educacion Nacional - Junta Central de Contadores

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141194204520

(415)7707212489984(8020) 000014119420452 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 9 9 3 8	8	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
CARE & HEALTH S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tocancipá 8 1 7

41. Dirección principal
CR 4 12 34

42. Correo electrónico dir.adfin@hospitaltocancipa.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 1 9 1 1 1 3	8 6 2 1	2 0 1 9 1 1 1 3	8 6 9 9	4 7 7 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ORTIZ SANCHEZ TOMAS
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 30-07-2025 04:38:02PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 4 Hoja 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141194204520

(415)7707212489984(8020) 000014119420452 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 9 9 3 8	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	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		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 1 1 0 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 1 1 1 3	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 3 1 9 0 0 8 7	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 9 1 1 0 8	
81. Hasta	2 0 4 9 1 1 0 8	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 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

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 8	2 0 1 9 1 1 1 3		
2	8 1	2 0 1 9 1 1 1 3		
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

Fecha generación documento PDF: 30-07-2025 04:38:02PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141194204520

(415)7707212489984(8020) 000014119420452 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 9 9 3 8	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 1 1 1 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	9 1 4 4 1 4 4 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ORTIZ	SANCHEZ	TOMAS	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 9 1 1 1 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 2 6 4 6 3 6 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GUERRA	MAESTRE	JORGE	ELIECER

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 3 1 0 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 8 5 6 8 3 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
REYES	MUÑOZ	NELSON	FERNANDO

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

DOCUMENTO CONSULTADO SIN COSTO

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: 141194204520

(415)7707212489984(8020) 000014119420452 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 3 9 9 3 8	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisar fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 1 8 6 0 9 3		1 1 4 7 0 6 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
POVEDA	ROJAS	MAURICIO	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
9 0 1 3 3 9 9 3 8	8	CARE & HEALTH S.A.S

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 1 0 1

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento:

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 7 0 8 8 8 9 9		2 8 7 0 8 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MONCADA	PINILLA	LEYDI	LORENA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada
9 0 1 3 3 9 9 3 8	8	CARE & HEALTH S.A.S

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que nuestro cliente **CARE & HEALTH S.A.S,** *identificado(a) con **NIT 901.339.938 – 8** es cliente del Banco de Occidente desde el* día **25 de agosto del año 2025** con la Cuenta de ahorros No. **263877151** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación **CARE & HEALTH S.A.S**, es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **25 de agosto del año 2025** dirigida a ***SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIÒN (SGP).***

Cordialmente,

94532.

Liliana Castillo Montañez
Asesora de Servicio Bca Empresarial
Código 94532
Banco de Occidente

Liliana Castillo Montañez
Asesora de servicio Banca Empresarial
Oficina centralizada

Banco de Occidente – Oficina centralizada
Carrera 7 # 71-52 Torre A Piso 2

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCO DE OCCIDENTE S.A.

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 16 MES 07 AÑO 2025 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

1. SECRETARÍA SOLICITANTE: Salud
¿CUAL?
2. CONTRATO O OC: 839 AÑO 2025
3. CONVENIO: AÑO

DATOS PERSONALES

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CARE & HEALTH SAS
5. IDENTIFICACIÓN RUT: NIT No 901339936 DV 8
6. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: TOMAS ORTIZ SANCHEZ
7. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL: CC Cédula de Ciudadanía No 91441443 DV 2
8. DIRECCIÓN PRINCIPAL: CARRERA 4 no. 12-34
9. DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO: Cundinamarca-Tocancipá
10. TELÉFONO: 601 Cundinamarca - Bogé (Indicativo) 6016698718 — 10. CELULAR: 3152971321
11. CORREO ELECTRÓNICO: dir.administrativo@hospitaltocancipa.com

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

12. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: Banco de Occidente Cód. 1023
Si selecciona "Otra Entidad", por favor especifique ¿Cuál?
13. No. CUENTA BANCARIA: 263877151 — TIPO: Ahorro

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

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

14. PERSONA: Jurídica
15. CLASIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO: No aplica — No
La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica
16. NATURALEZA: Privada — ¿CUAL?
17. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA: No Responsable de IVA
18. CALIDAD DE CONTRIBUYENTE:
GRAN CONTRIBUYENTE [No] No. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN
AUTORRETENEDOR IVA [No] No. RESOLUCIÓN — AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [No] OTRA [Si] ¿CUAL? Regimen Ordinario
19. ACTIVIDAD ECONÓMICA:
PRINCIPAL: 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación
SECUNDARIA: 86211 Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
20. TARIFA 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 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

Tomas Ortiz S.

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

91 441 443
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

21. RUBRO: ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
22. CUENTA ASOCIADA: 24010100312 Bienes y Servicios Salud — ¿CUAL?
23. CONCEPTOS DE TESORERÍA: K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
24. FUENTE RECURSO: Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

25. RETEFUENTE:
TARIFA 1: RJ11 Retención servicio IPS 2%
TARIFA 2
TARIFA 3
26. ICA:
TARIFA 1
TARIFA 2
TARIFA 3
27. RETENCIÓN DE IVA: RI05 Reteiva aplicable a compras 15%
RI07 Reteiva aplicable a servicios 15%
28. CONTRIBUCIÓN A TERCEROS: TARIFA 1 — Aplica
29. ESTAMPILLAS:
30. TASAS: DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 19 MES 08 AÑO 2024

PROCESADO POR: WILLIAM CALDERON RIBLEDO
REVISADO POR:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91.441.443
ORTIZ SANCHEZ

APELLIDOS
TOMAS

NOMBRES

FIRMA 0-41 9,



FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1973
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAR-1992 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00761F1497A 2 0076[illegible]