Funza – Cundinamarca,

Doctor
NELSON HERNAN LOPEZ
Supervisor(a) Convenio Interadministrativo SS-CDCVI-819-2025
Secretaría de Salud Departamental

REFERENCIA: INFORME EJECUCION CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-819-2025

Respetado Doctor:

A continuación, presentamos Informe de ejecución No 01, correspondiente a la ejecución del Convenio de Desempeño No. SS-CDCVI-819-2025 para el mes de agosto de 2025, de acuerdo al siguiente detalle:
No. DE CONVENIO SS-CDCVI-819-2025.

OBJETO: AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS SERVICIOS Y AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN EL MARCO DE LA TIPOLOGÍA PC3 DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, CUNDINAMARCA. CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

CDP: 7100066439 del 11 de junio de 2025.
FECHA DE INICIO: 30 de julio de 2025.
FECHA DE TERMINACION: 29 de julio de 2027.

De acuerdo a lo anterior la ejecución del convenio se realiza de la siguiente manera:

El día 21 de julio de 2025 se realiza suscripción del convenio en SECOP II

COPIA DOCUMENTAL CONTROLADA

El día 30 de julio de 2025 la ESE constituye garantía de cumplimiento por la celebración de este Convenio

El día 30 de julio de 2025 que según CLÁUSULA NOVENA - ENCARGO FIDUCIARIO: Con el fin de garantizar la correcta ejecución de los recursos objeto del convenio que se suscribe entre los interesados, la E.S.E. deberá contratar el encargo fiduciario para la administración y pagos de los recursos del convenio, crear el comité fiduciario y su propio reglamento dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al del cumplimiento de los requisitos de legalización del convenio, el cual deberá tener en cuenta lo dispuesto en los artículos 104 y 105 de la Ordenanza 103 de 2022, Estatuto orgánico de Presupuesto del Departamento de Cundinamarca, Se dio cumplimiento a la firma del acta de inicio

01 de agosto de 2025 se radico Factura electrónica No HNSM 1335956 de 01 de agosto de 2025 y cuenta de corbo No.001, ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca, por un valor de VENTIDOS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($22.178.265.251,00).

01 de agosto de 2025 radicación de Certificado pago parafiscales mes julio de 2025.

Lo anterior para dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el Convenio Interadministrativo SS-CDCVI-819-2025

Cordialmente,

JAIRO VELASQUEZ CHACON
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

Elaboró y Proyectó: Tatiana Moncada Reyes – Profesional de Tesoreria
Revisó: Jairo Velasquez Chacon – Subgerente Administrativo y Financiero

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 Gerencia de la E.S.E.

COPIA DOCUMENTAL CONTROLADA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CORREDORES	17	17-44-101219268	4

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	07	2025	30	07	2025	00:00	30	11	2027	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA	NIT: 900.750.333-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 11 NRO. 10 - 10	FUNZA, CUNDINAMARCA	3147635031

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD	NIT: 899.999.114-0

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 26 NRO. 51 - 53 TORRE SALUD PISO 6	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	7491710

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO SEGUN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-819-2025 SUSCRITO ENTRE LAS PARTES CUYO OBJETO ES: AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, PARA LA CONSTRUCCION DE NUEVOS SERVICIOS Y
AMPLIACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN EL MARCO DE LA TIPOLOGIA PC3 DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, CUNDINAMARCA. CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

SE AMPARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE MULTAS Y LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA CONVENIDAS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A. RENUNCIA AL BENEFICIO DE EXCUSION

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/07/2025	30/11/2027	$7,935,653,050.20	

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA EL AJUSTE DE INICIO SEGUN: ACTA DE INICIO DEL 30/07/2025

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **46,363,781.00	$ ******25,000.00	$ ***8,813,868.00	$ ********55,202,649.00	$ ****7,935,653,050.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	184449	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

17-44-101219268

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Oleda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CORREDORES	17	17-44-101219268	4

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	07	2025	30	07	2025	00:00	30	11	2027	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA		NIT: 900.750.333-1
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 10 - 10	CIUDAD: FUNZA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 3147635031

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD		NIT: 899.999.114-0
DIRECCIÓN: CL 26 NRO. 51 - 53 TORRE SALUD PISO 6	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO 7491710

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | pse | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER | éxito | MOVIIRED | SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **46,363,781.00	$ ******25,000.00	$ ***8,813,868.00	$ ********55,202,649.00	$ ****7,935,653,050.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DFL ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA	184449	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 17 NO 10-16 PISO 3 - TELEFONO: 3414646 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 1100310956305 7 (3900) 000055202649 (96) 20260730

REFERENCIA PAGO: 1100310956305-7

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CORREDORES	17	17-44-101219268	4

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	07	2025	30	07	2025	00:00	30	11	2027	23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA		NIT: 900.750.333-1	
DIRECCIÓN: CL 11 NRO. 10 - 10	CIUDAD: FUNZA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	3147635031

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD		NIT: 899.999.114-0	
DIRECCIÓN: CL 26 NRO. 51 - 53 TORRE SALUD PISO 6	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	7491710

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 17 NO 10-16 PISO 3 - TELEFONO: 3414646 - BOGOTA, D.C.

17-44-101219268

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

CRISTINTORRES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101219268, anexo 4, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTA, D.C. a los 30 días del mes de JULIO de 2025

17-44-101219268

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

ACTA DE INICIO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-819-2025

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO: 21 DE JULIO DE 2025	**TIPO DE CONTRATO O CONVENIO:** CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
PLAZO DE EJECUCION: Veinticuatro **(24) MESES**	**VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO**: **$** 39.678.265.251
NUMERO DEL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) Y FECHA: 7100066439 DEL 11 DE JUNIO 2025	**NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y FECHA:** 4600031604 DE 24 DE JULIO DE 2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO O CONVENIO: 30 DE JULIO DE 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO:** 29 DE JULIO DE 2027
ANTICIPO: ☐ **PAGO ANTICIPADO:** ☐	**VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO:** N/A
NOMBRE DEL SUPERVISOR: NELSON HERNÁN LÓPEZ ROMERO **IDENTIFICACIÓN:** CC 11.511.262 **CARGO:** SUBDIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA DIRECCION DE DESARROLLO Y GESTION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS. **ÁREA:** DIRECCION DE DESARROLLO Y GESTION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS	**NOMBRE DEL INTERVENTOR:** N/A
CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA – SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA – DIRECCION DE DESARROLLO Y GESTION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS	**CONTRATISTA O PARTE DEL CONVENIO:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA **IDENTIFICACIÓN:** **NIT: 900.750.333-1.**

OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO:
AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, PARA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS SERVICIOS Y AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN EL MARCO DE LA TIPOLOGÍA PC3 DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, CUNDINAMARCA. CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

VERIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE EJECUCION		
Garantías	SI: X	NO:
Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
Número de la Garantía y fecha de Aprobación	17-44-101219268 DEL 30/07/2025	
Discrimine amparos y porcentaje		
Fecha de cobertura a la ARL (cuando aplique)	N/A	

Para efectos legales, se firma en la ciudad de Bogotá el día Treinta (30) del mes de Julio del año 2025.

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
REPRESENTANTE LEGAL
ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza.

NELSON HERNÁN LÓPEZ ROMERO
SUPERVISOR O INTERVENTOR

Funza, Cundinamarca, 31 de Julio de 2025

Señores
Secretaria de Salud de Cundinamarca
Gobernación de Cundinamarca
Calle 26 No.51 – 53 Torre de Salud piso 6° Bogotá, D.C.
Atn. **Dr. NELSON HERNAN LOPEZ ROMERO**
Supervisor Convenio SS-CDCVI-819-2025

REFERENCIA: CUENTA DE COBRO 1er GIRO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-819-2025.

Por medio de la presente la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA con NIT N° 900.750.333 – 1, se permite presentar cuenta de cobro del convenio SS-CDCVI-819-2025, correspondiente al OBJETO: "AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA, PARA LA CONSTRUCCION DE NUEVOS SERVICIOS Y AMPLIACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN EL MARCO DE LA TIPOLOGIA PC3 DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA , CUNDINAMARCA. CON EL FIN DE CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIOS DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. por valor total del convenio la suma de VENTIDOS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($22.178.265.251,00).

Cordialmente

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS
GERENTE
ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA

ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

NIT 900780938

CALLE 11 9-99

(091)8264000

Funza Cundinamarca

Cod. IPS:

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764077512256 con vigencia del 20-08-2024 al 20-08-2025. Numeración habilitada del 1243800 al 1500000 y prefijo HNSM

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HNSM-1335956

Fecha Factura:	01/08/2025	
Fecha Vencimiento:	01/08/2025	
Fecha Validación DIAN:	01/08/2025	12:57:00
Fecha Inicial:	01/08/2025	
Fecha Final:	01/08/2025	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 401c3511d752cf32e80a805549024b39cec7065a857d970e2b2b7f2fa357e6589f131a45e294b263da7b07dc1b867961

Elaborado por: MARIA CAMILA GARZON FLOREZ

Administradora: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Nit: 899999114 - 0
Convenio: SS-CD-CVI-819 - 2025
Fecha Convenio: 30/07/2025 A 30/07/2027
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Salud Pública

CC 899999114 GOBERNACION DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD **Tipo Usuario:** Subsidiado

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
1014174	01/08/20	CDCVI819					SS-CD-CVI-819-2025	1.00	178,265,251.00	22,178,265,251	0	22,178,265,251
									Total Paciente	22,178,265,251	0	22,178,265,251

OBSERVACIONES:

Valor en letras: VEINTIDOS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	22,178,265,251
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	22,178,265,251

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

CERTIFICA:

1. Qué la **E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA**, identificada con NIT 900.750.333-1 ha causado adecuadamente todos los aportes del sistema de Seguridad social en Salud (agosto 2025), fondos de pensiones, cesantías y ARL (julio 2025).

2. Que los valores correspondientes a dicha causación se encuentran al día en sus pagos, al igual que las obligaciones parafiscales (Caja de Compensación, ICBF y SENA) las cuales fueron atendidas durante el mes de julio del 2025, como se muestra en el siguiente cuadro:

No. AFILIADOS	TIPO PLANILLA	PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA LIMITE DEPAGO	FECHA DE PAGO
5	E	9489837130	$14.858.300	11/08/2025	01/08/2025

La presente certificación se expide a solicitud de la administración, a los treinta (01) días del mes de agosto de 2025.

RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE
REVISOR FISCAL
TP- 16873

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F0AFFC90CA29A9D0

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que **RG AUDITORES SAS** con NIT: 800243736 y Tarjeta de Registro No 490, representada legalmente por el/la señor(a) RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE, SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores como PERSONA JURÍDICA según consta en la Resolución No 116 de 01/10/1998 y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 9 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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2E3F0E4093252950D

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 **RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13846490 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 16873-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 26 días del mes de Junio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141039589136

(415)7707212489984(8020) 000014103958913 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 0 3 3 3	1	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

E.S.E. DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal

CL 11 9 99

42. Correo electrónico gerencia@hospitalfunza.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 2 0	3 1 5 7 0 0 4 6 7 3	3 1 6 5 2 3 7 9 2 3

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 MUELLE PLAZAS JULIA ISABEL

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141039589136

(415)7707212489984(8020) **000014103958913 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 0 3 3 3	1	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	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 7	0 3
72. Número	4 0	2 0 5
73. Fecha	2 0 0 9 1 0 0 1	2 0 1 6 0 7 2 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 4	0 4
76. Fecha de registro	2 0 0 9 1 0 0 1	2 0 1 6 0 7 2 1
77. No. Matrícula mercantil	0	
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	0 0 1
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 9 1 0 0 1	
81. Hasta	3 0 0 0 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141039589136

(415)7707212489984(8020) **000014103958913 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 0 3 3 3	1	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 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 2 6 6 0 1 1 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MUELLE	PLAZAS	JULIA	ISABEL

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141039589136

(415)7707212489984(8020) **000014103958913 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 0 3 3 3	1	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
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 3 8 4 6 4 9 0		1 6 8 7 3

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GIL	MONSALVE	RICARDO	ALBERTO

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 1 0 5 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 0 5 9 0 3 8 1		1 6 2 7 2 0

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
LANDECHO	GUZMAN	ANDRES	CAMILO

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

147. Fecha de nombramiento
2 0 2 1 0 5 0 1

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 6 4 1 0 1 7	2	7 4 6 3 1

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
OYOLA	TIQUE	JAMES	HERNAN

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 5 0 8

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO