EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

NIT 800006850

Calle 13 Nro. 10 - 48 Soacha - Cundinamarca

IPS 257540038001 **FECHA** 9 de octubre de 2025 **FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro.** **RSS509519**

Codigo CUFE: a88254ddfe7f4d439d99a52afc42cd85169d7653e0a5c29028ceafbf88f418feb41ecc7fb934e1cd4fb516acf9eb6180

Entidad CV004 - SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA CONVENIOS **NIT** 899999114 0
Plan de Beneficios CV004 - SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA CONVENIOS **EPS** 25000
Dirección CL 26 51 53 **Teléfono**

Paciente Cédula_Ciudadanía 99999999 PACIENTES VARIOS **Edad** 65 Años / 3 Meses / 8 Días
Sexo Masculino **Tipo** Otro **Dirección** CALLE 13 N 10 48 **Municipio:** SOACHA
Nacionalidad: COL **Estrato** 00 NIVEL CERO **Fec Ingreso** 09 oct. 2025 02:44 p. m. **Fec Egreso** 09 oct. 2025 02:45 p. m.

Ingreso 1009264 **Autorización:** **Usuario** 39726202 - LAURA ESPERANZA RAMIRE

Centro 75 ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
01	**CONSULTAS**				
926-2025	SSC-CD-CVI-926-2025, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA CON NIT 800006850-3	1,00	$ 386.782.975,00	$ 0,00	$ 386.782.975,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 386.782.975,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	$ 0,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 386.782.975,00

TIPO DOCUMENTO:Factura_Entidad

TOTAL: TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

1122124 5

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764071333737 DEL 25 may. 2024, AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL RSS250.001 AL RSS1.200.000, VIGENCIA 25 may. 2024-25 may. 2026

La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio según numeral 6 Art. 774 del código de comercio

ASIGNACION DE CITAS - CALLCENTER - 6017309230

La E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha informa que sus datos se encuentran protegidos por la política de tratamiento de la información, consúltela en www.hmgy.gov.co/politicaprivacidad.php

LICENCIADO A: [EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA] NIT [800006850-3]

Usuario Id. :39726202

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-CVI-926-2025

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 08.10.2025 hasta el 21.10.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	22.10.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
NIT / C.C.:	8000068503
Supervisor:	NELSON HERNAN LOPEZ ROMERO
Cargo:	SUB DIRECTOR TECNICO DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SECRETARIA DE SALUD
Objeto del Contrato o Convenio:	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. HOSPITAL REGION SALUD SOACHA, PARA EJECUTAR LA ACTUALIZACION DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCION DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA EN EL MUNICIPIO DE SOACHA, 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 CUNDINAMARQUESA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	30.09.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	08.10.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100069473
Registro Presupuestal	4600032116
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$386,782,975
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$386,782,975
Plazo de Ejecución Inicial	2 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	2 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	07.12.2025
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	SEGUROS DEL ESTADO
Garantía de Cumplimiento	GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NO APLICA PÓLIZA

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

24 OCT 2025

Porcentaje de avance: 0%

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1.Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio.
2.Aportar certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo 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.
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.
4.Presentar al supervisor del convenio el cronograma de ejecución del mismo.
5.Adicionar los recursos del presente convenio al presupuesto de la E.S.E., presentando copia del Acuerdo de adición y documento de aprobación del CONFIS al supervisor.
6.Utilizar los recursos conforme al objeto del convenio.
7.La ESE deberá establecer como condición en el contrato derivado, que el último pago corresponderá al 10% del valor total del contrato, el cual estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación del mismo.
8.Las especificaciones técnicas establecidas en el presupuesto y memorias de cantidades no deben ser modificadas. En caso de requerir modificaciones de cantidades a las registrados en el presupuesto, debe solicitarse por escrito, debidamente justificado al supervisor del convenio para su estudio y aprobación escrita, previo a la publicación del proceso de selección objetiva que adelantará la E.S.E. para la contratación de los mismos.
9.La E.S.E está obligada a constituir garantía de cumplimiento por la celebración de este convenio cuyo beneficiario y asegurado es el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de salud, Así mismo la E.S.E exigirá al contratista que seleccione, constituir garantía con los siguientes amparos: de cumplimiento, calidad del servicio y pago de salarios, incluyendo como asegurados y beneficiarios a la Secretaría de Salud departamental y a la E.S.E. Los términos y montos de los amparos deberán estar acordes con lo señalado por la normatividad.
10.Presentar informes mensuales al supervisor sobre los avances en la ejecución del convenio con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.
11.Reintegrar los excedentes por menores valores alcanzados en procesos contractuales realizados como recursos no ejecutados, previo a la suscripción del acta de liquidación.
12.Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento al objeto contractual, dentro de los quince (15) días siguientes al vencimiento de término de ejecución del convenio a fin de proceder a su liquidación.
13.Asignar al personal requerido para recibir la supervisión técnica, administrativa, legal y financiera objeto del convenio.
14.Devolver los rendimientos financieros que se causen durante la ejecución del mismo.
15.Implementar y ejecutarlas las políticas antisoborno, antifraude, y el sistema de autocontrol y gestión del riesgo integral de lavado de activos, el financiamiento del terrorismo y el financiamiento de proliferación de armas de destrucción masiva (SAGRILAFT). En cumplimiento de lo estipulado en la circular 032 del 23 de agosto de 2024, conforme a lo planteado en el CONPES 4042 DEL 2021
16.Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA debe entregar los siguientes productos:

1.Acta de inicio firmada por las partes.
2.Plan (Cronograma) de actividades firmado por la ESE, dentro de los siguientes 10 días de la firma del mismo.
3.Certificación de la apertura de la cuenta bancaria de ahorros donde se girarán los recursos del presente convenio.
4.Certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales si a ello hubiere lugar.
5.Copia del Acuerdo de la ESE donde se aprueba la incorporación de los recursos del presente convenio al presupuesto.
6.Copia del CONFIS departamental donde se aprueba el acuerdo de la junta directiva que incorpora los recursos
7.Informes mensuales técnicos y financieros de avance para seguimiento a la ejecución del convenio.
8.Planimetría récord estructural y de redes de servicios, memorias de cálculo, Estudio Certificaciones RETIE y RETILAP, presupuesto y cuadro resumen de obra.
9.Informes trimestrales al supervisor del convenio sobre el avance de obra.
10.Informe financiero al supervisor del convenio sobre la ejecución de los recursos.
11.Informe final con soportes para liquidación.
12.Certificado expedido por la gerente del ESE sobre sobre los productos entregados conforme al presupuesto del convenio.
13.Actas de seguimiento al convenio.
14.Los demás documentos que se soliciten como aporte al seguimiento y auditoria de la ejecución y terminación del convenio.

Desde la supervisión se evidencia el cumplimiento a la fecha de las siguientes obligaciones y productos entregables:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. La E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA suscribió Acta de Inicio con fecha de inicio del 8 de octubre de 2025 y fecha de terminación inicial del 7 de diciembre de 2025.
2. la E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA presenta certificación bancaria del convenio SS-CD-CVI-926-2025, la cual se apertura en el Banco de Bogotá Cuenta de Ahorros NO. 334253457 en estado ACTIVO desde el 13 de agosto de 2025.
3. La E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA presenta certificación de pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales del mes de septiembre de 2025 del convenio SS-CD-CVI-926-2025. Con fecha de expedición del 1 de octubre de 2025 y firmado por el Revisor Fiscal RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE, TP-16873.
4. La E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA presenta cronograma de actividades del convenio SS-CD-CVI-926-2025 actualizado a la fecha de inicio del 8 de octubre de 2025.

PRODUCTOS ENTREGABLES:

1. Se suscribió Acta de Inicio con fecha de inicio del 8 de octubre de 2025 y fecha de terminación inicial del 7 de diciembre de 2025.
2. la E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA presenta cronograma de actividades del convenio SS-CD-CVI-926-2025 actualizado a la fecha de incio del 8 de octubre de 2025.
3. la E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA presenta certificación bancaria del convenio SS-CD-CVI-926-2025, la cual se aperturó en el Banco de Bogotá Cuenta de Ahorros NO. 334253457 en estado ACTIVO desde el 13 de agosto de 2025.
4. la E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA presenta certificación de pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales del mes de septiembre de 2025 del convenio SS-CD-CVI-926-2025. Con fecha de expedición del 1 de octubre de 2025 y firmado por el Revisor Fiscal RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE, TP-16873.

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 SUPERVISIÓN)

NO APLICA

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

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

La E.S.E. HOSPITAL REGIÓN DE SALUD SOACHA aporta certificación de pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales del mes de septiembre de 2025, con fecha de expedición del 1 de octubre de 2025 y firmado por el Revisor Fiscal RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE, TP- 16873.

NELSON HERNAN LOPEZ ROMERO
SUB DIRECTOR TECNICO DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SECRETARÍA DE SALUD

24 OCT 2025

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 14 | MES 03 | AÑO 2025 — Marcar sólo una opción — 1. CREACIÓN [ ] — 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA / ENTIDAD	Salud
¿CUAL?	
4. CONTRATO/OT	AÑO
5. CONVENIO	AÑO

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA			
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT	No	800.006.850	D.V. 3
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO			
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía	No	11221245	D.V. 6
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	Calle 13 No 9-85			
11. DEPARTAMENTO - MUNICIPIO	Cundinamarca-Soacha			
12. TELÉFONO	601 Cundinamarca - Bogd 7309230	13. CELULAR	3115617602	
14. CORREO ELECTRÓNICO	Indicativo gerencia@hmgy.gov.co			

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco Davivienda S.A. Cód. 1051		
	Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?		
16. NO CUENTA BANCARIA	456800328986	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	Jurídica		
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No aplica	No	
	La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica.		
20. NATURALEZA	Pública	¿CUAL?	
21. REGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA		
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE: No — No. RESOLUCIÓN:	AUTORRETENEDOR RENTA: No — No. RESOLUCIÓN:	
	AUTORRETENEDOR IVA: No — No. RESOLUCIÓN:	AUTORRETENEDOR ICA: No — No. RESOLUCIÓN:	
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO: — OTRA: Si — ¿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

DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

11.221.245
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 21 | MES 10 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES
REVISADO POR:

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA
NIT : 860.034.313-7

CERTIFICADO

Que la empresa **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** identificada con **NIT 8000068503** es titular de la cuenta de ahorros No **456800328886** denominada "CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-926-2025- Empresa social del estado region de salud de soacha".
Con fecha de apertura 2025-10-09 y su estado actual es **VIGENTE Y ACTIVA**

Para constancia se firma a los 09 días del mes de Octubre del año dos mil veinticinco (2025)

Cordialmente,
BANCO DAVIVIENDA S.A.



Hospital Mario Gaitán Yanguas

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

GERENCIA
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

G-480-2025

Soacha, Cundinamarca, 10 de Octubre de 2025

Doctora.
NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
Secretaría de Salud de Cundinamarca
Gobernación de Cundinamarca
Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud De Desembolso Convenio SS-CD-CVI-926-2025 Adscrito entre la secretaria de Salud de Cundinamarca y la Empresa Social del Estado Region de Salud Soacha cuyo Objeto es "*AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. HOSPITAL REGION SALUD SOACHA, PARA EJECUTAR LA ACTUALIZACION DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCION DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA EN EL MUNICIPIO DE SOACHA, 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 CUNDINAMARQUESA*".

Cordial saludo.

Conforme la suscripción del convenio Interadministrativo SS-CD-CVI-926-2025 Adscrito entre la Secretaria de Salud de Cundinamarca y la Empresa Social del Estado Region de Salud Soacha con Objeto "A*unar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la secretaría de salud de Cundinamarca y la E.S.E. hospital región salud Soacha, para ejecutar la actualización de estudios y diseños para la construcción de infraestructura hospitalaria en el municipio de Soacha, 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 cundinamarquesa*", se solicita el desembolso del recurso asignado por valor de **TRECIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCTE. ($386.782.975)**, a la cuenta de ahorro del convenio No. 456800328886.

Se anexa Certificación bancaria correspondiente.

Cordialmente,

Diego Alejandro García Londoño
Gerente

Elaboro: Jorge Enrique Pedraza – Subgerente administrativo y Financiero

PAM
AUDITORES Y CONSULTORES LTDA

En mi calidad de Revisor Fiscal de la **E.S.E. Región de Salud Soacha** y para dar cumplimiento a lo preceptuado en los artículos 50 de la ley 789 de 2002 y 9° de la ley 828 de 2003,

CERTIFICO

1. Que la **E.S.E. Región de Salud de Soacha**, identificada con **NIT 800.006.850 – 3** ha causado contablemente todos los aportes del sistema de seguridad social integral (salud, pensiones y ARL) y aportes parafiscales (caja de compensación, ICBF y SENA)

2. Que los valores reconocidos se encuentran al día en sus pagos, según se evidencia en la planilla de liquidación y pago del mes de **septiembre de 2025** de acuerdo con el siguiente detalle:

No. AFILIADOS	TIPO DE PLANILLA	PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA LIMITE	FECHA D PAGO
50	E	9493067133	$87.327.500	14/10/2025	08/10/2025

La presente certificación se expide a los nueve (9) días del mes de octubre de 2025.

PEDRO ANIBAL MONTES JIMÉNEZ
Revisor Fiscal
T.P 46855-T
Designado por Pam Auditores y Consultores Ltda

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A B 6 1 0 9 5 3 F 6 0 6 6 2 A 7

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 **PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 11343062 de ZIPAQUIRA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 46855-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

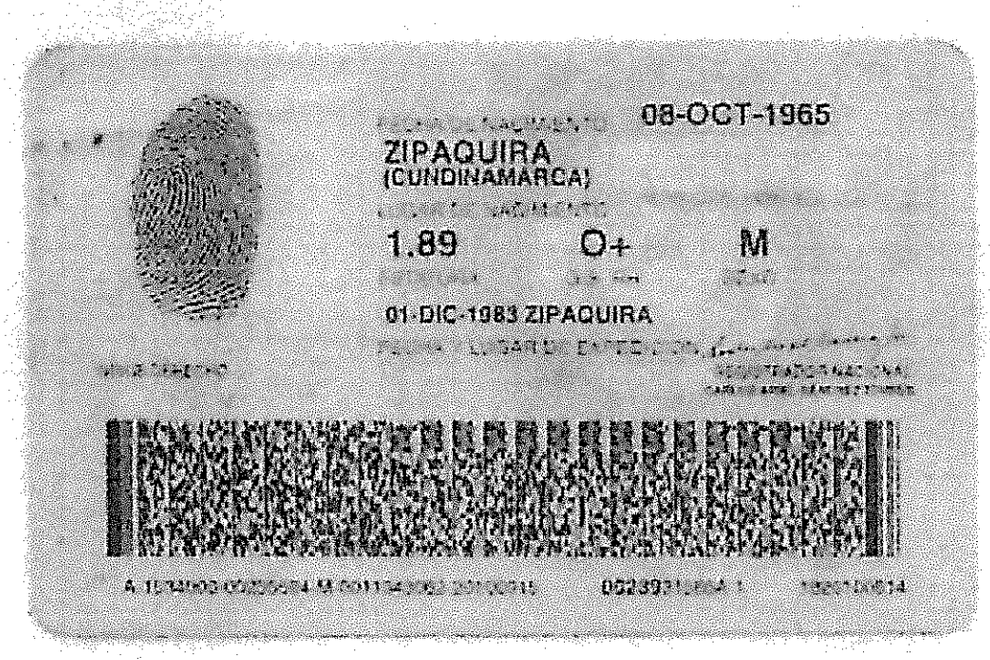
Dado en BOGOTA a los 29 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
11.343.062
MONTES JIMENEZ
PEDRO ANIBAL


08-OCT-1965
ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
1.89
O+
M
01-DIC-1983 ZIPAQUIRA

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.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-44-101481671	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
07	10	2025	07	10	2025	00:00	07	04	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		NIT: 800.006.850-3
DIRECCIÓN: CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

PAGO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-926-2025 REFERENTE A:AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. HOSPITAL REGION SALUD SOACHA, PARA EJECUTAR LA ACTUALIZACION DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCION DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA EN EL MUNICIPIO DE SOACHA, 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 CUNDINAMARQUESA.

AMPAROS

RIESGO: CONVENIOS DE ASOCIACION

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/10/2025	07/04/2026	$38,678,297.50

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******48,215.00	$ *******8,000.00	$ ******10,680.00	$ **********66,896.00	$ *******38,678,297.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DMA SEGUROS LTDA.	184610	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 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

21-44-101481671

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - 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.POLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-44-101481671	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
07	10	2025	07	10	2025	00:00	07	04	2026	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA		NIT: 800.006.850-3	
DIRECCIÓN: CL 13 NRO. 10 - 48 SUR SOACHA	CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	7815748

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA		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
$ ******48,215.00	$ *******8,000.00	$ ******10,680.00	$ **********66,896.00	$ *******38,678,297.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
DMA SEGUROS LTDA.	184610	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 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100514013672 9(3900)000000066896(96)20261007

REFERENCIA PAGO: 1100514013672-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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 101481671, anexo 0, 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 07 días del mes de OCTUBRE de 2025

21-44-101481671

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

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 14967038613

(415)7707212489984(8020) 000001496703861 3

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

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 1 3 4 3 0 6 2		4 6 8 5 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MONTES	JIMENEZ	PEDRO	ANIBAL

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 2 1 5

Revisor fiscal suplente

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

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
TORRES	GOMEZ	LUIS	ENRIQUE

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

147. Fecha de nombramiento
2 0 2 3 0 2 1 5

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

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

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967038613

(415)7707212489984(8020) 000001496703861 3

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 3 1 2 0 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	1 1 2 2 1 2 4 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GARCIA	LONDOÑO	DIEGO	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 AUTENTICADO SIN COSTO
DESPACHO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14967038613

(415)7707212489984(8020) 000001496703861 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 8 5 0	3	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 7	0 3
72. Número	0 2 0	2 2 1
73. Fecha	1 9 9 6 0 3 2 2	2 0 2 1 0 6 0 9
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 9	0 4
76. Fecha de registro	1 9 9 6 0 3 2 2	2 0 2 1 0 6 0 9
77. No. Matrícula mercantil	0	
78. Departamento	2 5	2 5
79. Ciudad/Municipio	7 5 4	7 5 4

Vigencia

80. Desde	1 9 9 6 0 3 2 2
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14967038613

(415)7707212489984(8020) 000001496703861 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 0 6 8 5 0	3	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 REGION DE SALUD SOACHA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 13 9 85

42. Correo electrónico gerencia@hmgy.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 3 0 9 2 3 0	3 2 0 3 0 0 7 2 8 9

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	1 9 8 8 0 9 1 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 1 4 1 6 4 2 5 2

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

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GARCIA LONDOÑO DIEGO ALEJANDRO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 09-10-2025 02:01:46PM

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO