GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		FECHA: 24/Jul/2019

ACTA PARCIAL	02		
FECHA PRESENTE ACTA	11/11/2025		
CONTRATO X CONVENIO __	767	DE FECHA:	12/02/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 40		
CONTRATISTA	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E. / RL: CLARA ROCIO VERA VALLEJO		NIT: 800.152.970-3
			C.C: 40037443
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA		C.C: 33366141
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:	$51.500.000.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A.	$ 0.00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A.	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$51.500.000.00		
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: N.A.	De Fecha:	N.A.
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: N.A.	De Fecha:	N.A.
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
FECHA DE INICIACIÓN	13/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A.		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01/07/2025 al 31/08/2025		
RBPP N°	2024 00415 0343		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No **1419** AÑO: 2025

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA, Interventor/Supervisor y el señor (a) CLARA ROCIO VERA VALLEJO como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amortizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

*Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$51.500.000	
Amortización Anticipo		$0.00
Valor a pagar de la presente acta		$20.600.000
Valor total actas pagadas		$15.450.000
Saldo por ejecutar		$15.450.000
Sumas iguales	$51.500.000	$51.500.000

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 28301566-7	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: X
*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.			
OBSERVACIONES O ACLARACIONES: El representante legal presenta certificación de parafiscales, la cual se anexa a la presente acta.			

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: CLARA ROCIO VERA VALLEJO
CONTRATISTA: HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.

* Si se requieren se pueden adicionar más firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCION- 1988 - 2025

DAVIVIENDA

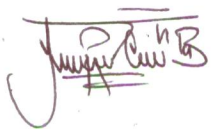
BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que en la oficina 1768 Miraflores, el **HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES**, identificado con el Nit.800152970-3, se encuentra vinculado mediante cuenta Corriente número 28301566-7 denominada " HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES- FONDOS COMUNES", La cual a la fecha se encuentra vigente y activa.

Fecha de apertura 1994/04/04

A solicitud del interesado, se expide en Miraflores - Boyacá a los 14 días del mes de octubre del año 2025.





Yury Paola Camacho Bautista
Director Administrativo
Oficina Miraflores
BANCO DAVIVIENDA SA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES BOY ESE
MEDIANA COMPLEJIDAD
Codigo Habilitación: 154550072601
CALLE 4 N°5 -45 Tel:3208530877
Nit. 800152970-3

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
No. H240501
Fecha de Generación: 11/11/2025
Hora de Generación: 18:18:30
Fecha de Expedición: 11/11/2025
Hora de Expedición: 18:19:15
Fecha de vencimiento: 10/04/2027
Codigo CIIU 8254

Cliente

DEPARTAMENTO DE BOYACA (15000) NIT: **891800498-1**
Tipo Contrato:Evento Contrato:SECRETARIA DE SALUD BOYACA SALUD PUBLICA (3403-2013)
Email: secretaria.contratacion@boyaca.gov.co

Referencia

Tipo Contribuyente: Gran Contribuyente — No Responsables de IVA
Periodo Facturado: 01/11/2025 al 11/11/2025 — N° Autorización: — N° Poliza:
Forma De Pago: CREDITO — Metodo De Pago: Transferencia Débito Bancaria

Concepto

SEGUNDO COBRO CORRESPONDIENTE AL ACTA PARCIAL 02 DEL 11/11/2025; SEGUN LA CLAUSULA CUARTA: FORMA DE PAGO; DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 0767 DE 2025, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y EL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES. CUYO OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 40.

Item	Detalle de Servicios y Productos	Valor
1	OTROS SERVICIOS	$ 20.600.000.00
	SubTotal	**$20.600.000.00**
	Cuota Moderadora	**$0.00**
	Copago	**$0.00**
	Total	**$20.600.000.00**

SON

VEINTE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE

Elaboró:



MARTINEZ PEREZ FLOR ALBA
ADMINISTRATIVO

CUFE: a563e1a88e5b3628110950d69fb671f517778d4e1f179d06bfb213a6f0b44dab95e5896c9337a33c3b8b41d9a274d75e

Número de Autorización: 18764091803250 **Prefijo:** H

Rango Autorizado: 200001 - 1000000 **Vigencia:** 2027-04-10

Aceptada: Declaramos haber recibido de conformidad real y material los servicios prestados por el Empresa Social del Estado (ESE), de acuerdo a las órdenes que se anexan en la presente factura,obligándonos a la cancelacion de la forma aqui pactada. La presente factura se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Art. 774 del código de Comercio), causa intereses de mora a la tasa maxima legal permitida a partir de la fecha de vencimiento
Resolucion No. 18764091803250 - 2025-04-10 habilita del 200001 al 1000000.

No Responsables de IVA.
Impreso por Software SIHOS WEB V. 2025a
Nit 900349841-1

Elaboró MARTINEZ PEREZ FLOR ALBA

Certificación N° 133/2025

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA

Que el Hospital Regional De Miraflores E.S.E, identificado con Nit 800.152.970-3, se encuentra a PAZ Y SALVO, desde el trece (13) de febrero de 2025 al 31 de agosto de 2025, por concepto de Aportes Parafiscales (Comfaboy, I.C.B.F, Sena), al igual que los aportes patronales para Salud, Pensión y Riesgos Profesionales.

Se expide en Miraflores, Boyacá, a los once (11) días del mes de noviembre del año 2025.



CLARA ROCIO VERA VALLEJO
Representante Legal

Elaboró: Gloria Morales/ Secretaria
Revisó: María Elisa Montañez /Subgerente Administrativa

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	CONVENIO:	
INTERVENTORÍA:		SUPERVISIÓN	X
PARCIAL	X	FINAL	

INFORME No:	6				FECHA:	1	de	SEPTIEMBRE	de	2025	
PERIODO:	DEL	1	de	JULIO	de	2025	AL	31	de	AGOSTO	de	2025
No. CONTRATO O CONVENIO	767		DE	2025		FECHA:	12	de	FEBRERO	de	2025

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 51.500.000,00	RPC	1419
REGISTRO BP y P No.	2024 00415 0343		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.		

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 40.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA

Teléfono: 7420111 Dirección: Avenida Colón N° 22 A 16

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	13	02	2025

PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025
PLAZO CON ADICIONES	No aplica

FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	30	12	2025
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	30	12	2025

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	13	02	2025	
Acta parcial 01				
Acta parcial 02				
Acta de terminación				
Acta de recibo final a satisfacción				

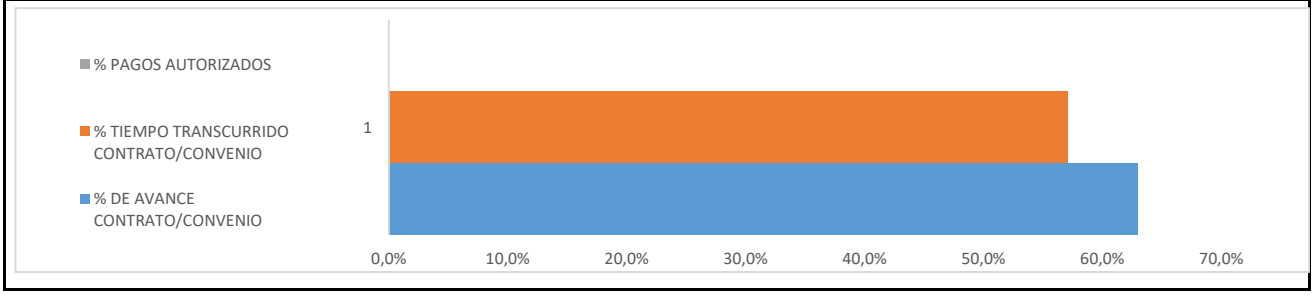
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO					
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el o los municipios de: MIRAFLORES, objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, la cual forma parte integral del presente.	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	X			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 9 de julio con corte a 30 de junio; segundo Informe, 8 de septiembre con corte a 31 de agosto y el tercer Informe con corte al término del contrato	Se presentó el informe de acuerdo a los lineamientos			X	
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá	Las actividades se presentan en los soportes definidos	X			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	X			
5. Apoyar el desarrollo de las estrategias de vigilancia basada en casos predefinidos para los eventos de interés en salud pública y vigilancia basada en comunidad de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	}	X			
6. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo.	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	X			

INFORME TÉCNICO
Las actividades de Vigilancia en Salud Pública se ejecutan de acuerdo a lo definido en la Ley 715, 100, 1122, 1438 y decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social que en su Título 8 se define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Su operatividad se visualiza en la aplicabilidad a los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia y control de los eventos de interés en Salud Pública.

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**63,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**57,1%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**0,0%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO
Contrato en proceso de ejecución y de acuerdo a lo previsto en la CLAUSULA CUARTA: FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del contrato se pagará en actas parciales una vez se ejecuten las acciones acompañado del informe de actividades desarrolladas en el formato establecido por el sistema integrado de gestión de calidad presentadas ante el supervisor del contrato para su giro: Un 30% del valor asignado; con la presentación del primer informe de las acciones y suscripción del acta parcial 01. Un 40% con la presentación del segundo informe de las acciones y suscripción del acta parcial 02 y un 30% del valor asignado con la presentación del informe final de las acciones y suscripción del acta de liquidación.

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	28301566-7	FIDUCIA No.:		BANCO:	Davivienda
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR
Acta parcial 01	30%		
Acta parcial 02	40%		
Acta de recibo final a satisfacción	30%		
TOTAL			**$ 0,00**

INFORME JURÍDICO
El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social
OBSERVACIONES:
Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.



SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA

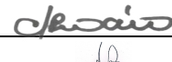
Nombre y Firma Supervisor o Interventor

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

Boyacá	FORMATO	Versión: 1
		Código: M-GS-PP-F-128
	INFORME DE GESTIÓN ACCIONES VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL	Fecha: 03/Dic/2024

MUNICIPIO		MIRAFLORES	N° CONTRATO	767		VALOR DEL CONTRATO			$ 51.500.000
ENTIDAD		HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.				FECHA DE INICIO			12/02/2025
						FECHA DE TERMINACIÓN			30/12/2025
COMPONENTE	N°	ACTIVIDADES		N° DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la actualización de la caracterización de UPGD y UI en el SIVIGILA		P	3	150.000	100	100	
				E	3	150.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.		P	42	7.560.000	67	67	
				E	28	5.040.000			
	3	Realizar la notificación semanal de casos de EDA e IRA		P	42	1.050.000	67	67	
				E	28	700.000			
	4	Realizar la búsqueda activa institucional mensual de eventos de interés en salud pública a través del SIANIESP y enviar al departamento		P	12	2.400.000	46	46	
				E	5,5	1.100.000			
	5	Apoyar el Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores y la Encuesta de Evaluación de Coberturas (ECV), según lineamiento PAI y realizar la búsqueda activa comunitaria de EISP según lineamiento de VSP articulado a la ECV y MRV		P	2	3.800.000	100	100	
				E	2	3.800.000			
Subsistema de análisis y divulgación	6	Reunión mensual del comité de vigilancia en salud pública COVE y socialización del protocolo de vigilancia en salud pública.		P	11	20.000.000	64	64	ajustar abril prim hoja
				E	7	12.727.273			
	7	Elaborar informe del comportamiento epidemiológico de los EISP, coberturas de vacunación y estadísticas vitales y remitirlo a la autoridad municipal. Primer trimestre (corte a 31 de marzo) segundo trimestre (corte a 30 de junio); Tercer trimestre (corte a 30 de septiembre) y último bimensual (corte a 30 de noviembre)		P	4	2.400.000	50	50	
				E	2	1.200.000			
	8	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) y presentarlo en el COVE.		P	10	2.200.000	70	70	
				E	7	1.540.000			
Análisis de la situación de la salud	9	Realizar la actualización del documento ASIS 2024 según lineamientos		P	1	4.000.000	0	0	
				E	0	0			
Subsistema de intervención	10	Seguimiento y control epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos y protocolos del INS	Morbilidad EISP Anexo 1	1.980.000		805.000		41	
			Brotes EISP Anexo 2			0		0	
			Mortalidad EISP Anexo 3			200.000		10	
	Subtotal			1.980.000		1.005.000		51	
Subsistema de formación	11	Participar en el proceso de formación continua y entrenamiento en competencias para la vigilancia y respuesta en salud pública.		P	11	1.650.000	64	64	
				E	7	1.050.000			
Vigilancia basada en comunidad VBC	12	Realizar y actualizar el registro de organizaciones de base comunitaria		P	2	400.000	50	50	
				E	1	200.000			
	13	Conformación y seguimiento a la red de la vigilancia basada en comunidad -RevCom y registro de sus integrantes al link de Agente Comunitario Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad del Instituto Nacional de Salud		P	1	500.000	0	0	
				E	0	0			
	14	Realizar reunión del COVECOM con el fin de: 1. Acciones de fortalecimiento y movilización social con la RevCom 2. Análisis del comportamiento de los reportes y notificación semanal de los actores comunitarios 3. Verificar canales y tiempos de reporte de situaciones de interés en salud pública		P	4	1.600.000	25	25	
				E	1	400.000			
	15	Realizar acción de generación de incentivo y distintivo para la RevCom		P	1	800.000	0	0	
				E	0	0			
	16	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de las situaciones de interés en salud pública en la vigilancia basada en comunidad		P	42	210.000	48	48	
				E	20	100.000			
	17	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de agentes (vigías y gestores) de la vigilancia basada en comunidad		P	10	800.000	50	50	
				E	5	400.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				51.500.000		29.412.273		57,1%	

OBSERVACION GENERAL
1. Se revisan los soportes y se suscribe acta parcial
2. Los soportes de las actividades quedan bajo custodia de la entidad contratada
3. Las actividades de vigilancia en salud pública se deben adelantar de acuerdo a los lineamientos y protocolos vigentes.

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
CLARA ROCIO VERA VALLEJO	Gerente	
LEIDY XIOMARA CASTELLANOS	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	
SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA	Supervisor SESALUB	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141201380745

(415)7707212489984(8020) 000014120138074 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 2 9 7 0	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Miraflores 4 5 5

41. Dirección principal
CL 4 5 45 BRR EL CAMELLON

42. Correo electrónico contactenos@hospitalmiraflores.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 0 0 6 1 8 9	3 1 3 8 2 7 8 4 3 5

CLASIFICACIÓN

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

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	9	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2													

06- Ingresos y patrimonio.
52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

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 VERA VALLEJO CLARA ROCIO

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: 141201380745

(415)7707212489984(8020) **000014120138074 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 2 9 7 0	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

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	
72. Número	2 7	
73. Fecha	1 9 9 9 0 8 1 7	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 8 1 7	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 9 0 8 1 7	
81. Hasta		

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Contraloría Departamental — 1 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	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

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141201380745

(415)7707212489984(8020) **000014120138074 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 5 2 9 7 0	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 0 0 3 7 4 4 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
VERA	VALLEJO	CLARA	ROCIO

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