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 __	904	DE FECHA:	14/02/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 66		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ / RL: JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR		NIT: 820.003.906-6
			C.C: 7127768
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA		C.C: 33366141
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:	$30.400.000.00	
	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	$30.400.000.00		
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	17/02/2025		
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 **1568** 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) JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR 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	$30.400.000	
Amortización Anticipo		$0.00
Valor a pagar de la presente acta		$12.160.000
Valor total actas pagadas		$9.120.000
Saldo por ejecutar		$9.120.000
Sumas iguales	$30.400.000	$30.400.000

*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: 283019610	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: JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ

* 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
SECCON- 1991 - 2025

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que en la oficina 1768 Miraflores, la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ**, identificado con el Nit., 820003906-6 se encuentra vinculada mediante cuenta Corriente número 283019610 denominada " EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ", La cual a la fecha se encuentra vigente y Activa.

Es una cuenta corriente no genera rendimientos financieros.

Fecha de Apertura 2002/10/21

A solicitud del Interesado, se expide en Miraflores Boyacá a los 19 días del mes de agosto de 2025

Cordialmente,

DAVIVIENDA
1768- MIRAFLORES BOYACÁ

Yury Paola Camacho Bautista
Director Administrativo
Oficina Miraflores Boyacá.
Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Empresa Social Del Estado Centro De Salud Jaime Diaz Perez

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621

Calle 5 #5-01 Teléfono: 3124527531 **NIT: 820003906-6**

Factura Electrónica de Venta **No. FE180382** Fecha emisión 12/11/2025

Autoriza DIAN 18764094886012, Fecha: 2025-06-27 hasta 2027-06-27, Prefijo FE, Factura 180001 al 181000.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: VIGILANCIA SALUD PUBLICA - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 10/02/2026

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	PAGO ACTA PARCIAL 02_CONTRATO 0904-2025, PRESTACION DE SERVICIOS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA. POR UN VALOR DE DOCE MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS ($12,160,000) M/CTE.	12,160,000.00	1.00	12,160,000.00

Valor total factura electrónica #FE180382 12,160,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: VIGILANCIA SALUD PUBLICA - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **12,160,000.00**

Valor EN LETRAS: DOCE MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE

IPS esejaimediazperez@saneduardo-boyaca.gov.co

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 283-01961-0 Entidad Bancaria: DAVIVIENDA - Corriente

CUFE: 436e6ac52e06862bdaf0a9c2d63695e07365c281517a4a4dd485e0dcd76de2190ccab433710a1a3b39b132acff0838c1

Documento generado el 12/11/2025 11:42 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

EL SUSCRITO GERENTE LA E.S.E CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ

DE SAN EDUARDO – BOYACA

CERTIFICA

Que la **ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ** identificada con NIT 820.003.906-6, se encuentra a **PAZ Y SALVO** con los pagos de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y Aportes Parafiscales (SENA, ICBF y COMFABOY) correspondiente al periodo 14 de febrero al 31 de agosto de 2025 de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Para constancia se expide y se firma en la Empresa Social del Estado Centro de Salud **JAIME DIAZ PEREZ**, a los doce (12) días del mes de noviembre del año dos mil veinticinco (2025).

JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
GERENTE E. S. E.

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	30	de	AGOSTO	de	2025
No. CONTRATO O CONVENIO	904	DE	2025		FECHA:	14	de	FEBRERO	de	2025		
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 30.400.000,00				RPC	1568				
REGISTRO BP y P No.	2024 00415 0343									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ									

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 66

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	17	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	17	02	2025	
Acta parcial 01				
Acta parcial 02				
Acta de terminación				
Acta de recibo final a satisfacción				

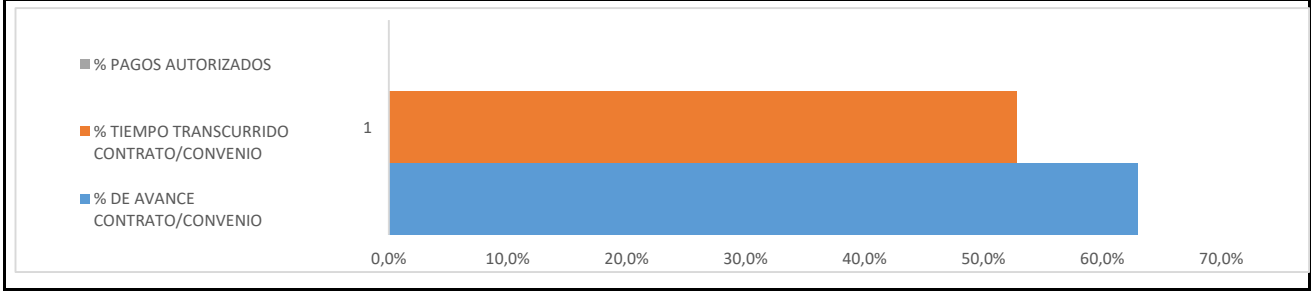
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

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: SAN EDUARDO, 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	Se desarrollan las estrategias 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	**52,8%**	% 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.	283019610	FIDUCIA No.:		BANCO:	DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ				

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	SAN EDUARDO	N° CONTRATO	904	VALOR DEL CONTRATO	$ 30.400.000
ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ			FECHA DE INICIO	17/02/2025
				FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025

COMPONENTE	Nº	ACTIVIDADES		Nº 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	1	50.000	100	100	
				E	1	50.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.		P	42	3.780.000	67	67	
				E	28	2.520.000			
	3	Realizar la notificación semanal de casos de EDA e IRA		P	42	420.000	67	67	
				E	28	280.000			
	4	Realizar la búsqueda activa institucional mensual de eventos de interés en salud pública a través del SIANIESP y enviar al departamento		P	12	1.200.000	50	50	
				E	6	600.000			
	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	2.000.000	100	100	
				E	2	2.000.000			
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	10.120.000	64	64	
				E	7	6.440.000			
	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	800.000	50	50	
				E	2	400.000			
	8	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) y presentarlo en el COVE.		P	10	1.000.000	70	70	
				E	7	700.000			
Análisis de la situación de la salud	9	Realizar la actualización del documento ASIS 2024 según lineamientos		P	1	3.800.000	0	0	
				E		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	1.270.000		55.000		4	
			Brotes EISP Anexo 2			0		0	
			Mortalidad EISP Anexo 3			0		0	
	Subtotal			1.270.000		55.000		4	
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	100	100	
				E	1	500.000			
	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	50	50	
				E	2	800.000			
	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	52	52	
				E	22	110.000			
	17	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de agentes (vigías y gestores) de la vigilancia basada en comunidad		P	10	800.000	45	45	
				E	4,5	360.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				30.400.000		16.065.000		52,8%	

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
JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR	Gerente	
AURA CRISTINA FUENTES ORTEGA	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 141003676317

(415)7707212489984(8020) 000014100367631 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 9 0 6	6	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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	San Eduardo 6 6 0

41. Dirección principal
CL 5 5 01

42. Correo electrónico esejaimediazperez@gmail.com

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

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 2 1	2 0 0 3 0 3 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	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
52 - Facturador electrónico

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 MUNEVAR MUNEVAR JUAN CAMILO

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: 141003676317

(415)7707212489984(8020) **000014100367631 7**

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

Vigencia

80. Desde	2 0 0 3 0 5 1 9
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
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 141003676317

(415)7707212489984(8020) **000014100367631 7**

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MUNEVAR	MUNEVAR	JUAN	CAMILO

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: 141003676317

(415)7707212489984(8020) **000014100367631 7**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

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

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

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

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

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

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

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

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 2 2 9 9 9		1 8 9 4 5 2 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PACHECO	AVILA	LEONEL	FERNANDO

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO