INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-CVI-1082-2025	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 04.12.2025 hasta el 05.12.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	05.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO
NIT / C.C.:	8600239991
Supervisor:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Objeto del Contrato o Convenio:	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, 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.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	29.10.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	04.12.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100071857
Registro Presupuestal	4600032404
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$363,601,584
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$363,601,584
Plazo de Ejecución Inicial	5 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	5 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	03.05.2026
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 S.A
Garantía de Cumplimiento	17-44-101220225
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 1%

05.12.2025

Se celebra CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. SS-CD-CVI-1082-2025 el día 29/10/2025, y se firma acta de inicio el día 04/12/2025 con la gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO NIT 860.023.999-1, la Dra. ANGELA MARITZA LOPEZ BARRERO, quedando con un plazo de ejecución hasta el día 03/05/2026, por un valor de $ 363.601.584 M/CTE. Respaldado por el CDP 7100071857 del 17 de octubre de 2025, así como con el RP 4600032404 del 04 de noviembre de 2025.

El cual contempla las siguientes Obligaciones especificas y productos a entregar:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS POR PARTE DE LA ESE.
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. Adquirir en cantidad y en cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas los equipos biomédicos de conformidad con el anexo técnico No 1, avalados por la Dirección Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.
8. Adelantar el proceso de contratación que corresponda de acuerdo con la normatividad vigente para adquirir los equipos biomédicos relacionado en el anexo técnico No 1.
9. 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.
10. Las especificaciones técnicas establecidas en el anexo técnico No 1 no deben ser modificadas. En caso de requerir la adquisición de equipos adicionales o diferentes a los registrados en el anexo técnico, debe procederse a solicitarlo 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 adquisición de los mismos.
11. La E.S.E deberá garantizar que la adquisición de los equipos biomédicos no supere el valor unitario establecido para cada ítem señalado en el Estudio de Mercado presentado para la aprobación del proyecto y en el anexo técnico No 1. 12. Garantizar la correcta instalación, puesta en funcionamiento de los equipos adquiridos.
13. 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 de los bienes, 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.
14. Ingresar al almacén, al inventario y a las pólizas globales de la institución, los equipos adquiridos.
15. Presentar al supervisor del contrato el soporte físico del ingreso al almacén de la E.S.E. y al inventario de la institución.
16. Presentar informes mensuales al supervisor sobre los avances en la ejecución del convenio con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.
17. Reintegrar los excedentes por menores valores alcanzados en procesos contractuales realizados como recursos no ejecutados, previo a la suscripción del acta de liquidación.
18. 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.
19. Asignar al personal requerido para recibir la supervisión técnica, administrativa, legal y financiera objeto del convenio.
20. Devolver los rendimientos financieros que se causen durante la ejecución del mismo.
21. 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.
22. Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar.

PRODUCTOS A ENTREGAR
1. Certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros y de su cierre.
2. Certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social) y parafiscales si a ello hubiese lugar.
3. Copia Acuerdo de Adición Presupuestal y documento de aprobación del CONFIS.
4. Certificación de recibido a satisfacción por la ESE de los equipos relacionados en el anexo técnico No 1
5. Copia del ingreso al almacén de la ESE de los equipos biomédicos adquiridos.
6. Informes mensuales de avance para seguimiento a la ejecución del convenio.
7. Soportes consignación recursos no ejecutados y rendimientos financieros.
8. Informe final con soportes para liquidación.
9. Los demás documentos que se soliciten como aporte al seguimiento y auditoría de la ejecución y terminación del convenio.

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO, allega la documentación correspondiente para el giro de los recursos consistente en:

- Factura electrónica de venta No SJFE 37750 de fecha 06/11/2025 por un valor de $ 363.601.584 pesos mcte
- Certificación de pago de aportes parafiscales y aporte de seguridad social de salud.
- RUT
- Certificado de cuenta bancaria de ahorros BANCO DAVIVIENDA S.A. Numero 478400045462
- SAP

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

Se recomienda a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO, ejecutar el contrato de acuerdo a lo estipulado en la minuta del mismo, teniendo en cuenta las características técnicas de los equipos a adquirir y el precio techo unitario que figura en el Anexo Técnico, así como, los tiempos máximos de ejecución del convenio (03/05/2026).

A fecha de la emisión de este informe es importante tener en cuenta la clausula de LA FORMA DE DESEMBOLSO, que cita:

El Departamento de Cundinamarca– Secretaría de Salud, desembolsará la suma de TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES SEIS CIENTOS UN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($ 363.601.584) los cuáles serán girados a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025.

PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC.
PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados.
PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E, solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca. conforme a la solicitud efectuada por el representante legal.
PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

Finalmente se exhorta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO a adelantar la creación del COMITE TECNICO OPERATIVO, indicado en la CLAUSULA NOVENA, así:

CLAUSULA NOVENA: COMITÉ TÉCNICO OPERATIVO: Se creará un Comité técnico operativo, como instancia consultiva encargada de emitir recomendaciones o propuestas en el seguimiento técnico, administrativo y financiero del convenio, manteniendo a la E.S.E (durante toda la ejecución del convenio) la autonomía jurídica, presupuestal, financiera, el cual estará conformado por los siguientes:

POR LA GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA- SECRETARIA DE SALUD:
1. El supervisor de convenio, en calidad de PRESIDENTE.
2. Tesorero (a) como miembro con voz y voto
3. Subdirector de infraestructura del Sector Salud, y/o su delegado, como miembro con voz y voto

POR PARTE DE LA E.S.E:
1. Gerente de la ESE o su delegado, en calidad de secretario técnico.
2. Subgerente administrativo y financiero de la ESE, como miembro con voz y voto.
3. Jefe de la oficina Asesora Jurídica de la E.S.E o su delegado o quien haga sus veces, como miembro con voz y voto.
4. Responsable de Recursos físicos, como miembro con voz y voto.

NOTA 1: El comité deberá crear su propio reglamento, el cual estará a cargo del secretario técnico, quien convocará a los miembros del comité dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la legalización del convenio, para su aprobación.

NOTA 2: El comité técnico operativo tendrá la obligación de recomendar que el último pago de los contratos derivados se encuentra sujetos a la liquidación de los mismos.

JAIME ORLANDO AVILA PACHECO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

05/7/2025

Información

Solo se puede crear o modificar la última información impresa

SELECCIONAR SUPERVISION

No. 1, Periodo: 04.12.2025 / 05.12.2025

FECHA DE CREACIÓN (día.mes.año)

05.12.2025

1. FECHA INICIAL (día.mes.año)

04.12.2025

2. FECHA FINAL (día.mes.año)

05.12.2025

Pagos realizados entre la fecha inicial y la fecha de creación del presente informe

No Factura	Fecha Factura (día.mes.año)	Fecha Pago (día.mes.año)	No Pago	Valor
			Total Suma	$0

2. CONSTANCIAS Y OBSERVACIONES DE LOS PAGOS EFECTUADOS (Opcional)

1. Seleccione Periodo de Seguimiento supervisión

Fecha Inicial (día.mes.año)

06.12.2025

Fecha Final (día.mes.año)

05.01.2026

Diciembre 2025

LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
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	27	28
29	30	31	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11

Enero 2026

LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
29	30	31	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	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8

Pagos realizados entre la fecha inicial y la fecha final del siguiente informe

No Factura	Fecha Factura (día.mes.año)	Fecha Pago (día.mes.año)	No Pago	Valor
			Total Suma	$0

2. CONSTANCIAS Y OBSERVACIONES DE LOS PAGOS EFECTUADOS (Opcional)

3. PORCENTAJE DE AVANCE PERIODO

15

100%

Señores:
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Atn: **Doctora Neydi Tinjacá Rueda**
Secretaria de Salud de Cundinarca.

Asunto: *Justificación del giro correspondiente al Convenio Interadministrativo entre la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul*

Respetada Doctora Tinjacá Rueda:

En mi calidad de **Gerente de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul**, me permito presentar la **justificación del giro** correspondiente al Convenio cuyo **objeto** es:"Aunar esfuerzos entre la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, para la adquisición de equipos biomédicos, mobiliario hospitalario asistencial e instrumental, 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."

El **giro solicitado** se requiere para dar continuidad al cumplimiento de las metas del convenio, específicamente en la **adquisición e instalación de equipos biomédicos, mobiliario hospitalario e instrumental asistencial**, los cuales permitirán:

1. **Fortalecer la capacidad instalada** del hospital para la atención segura y oportuna de los usuarios.
2. **Garantizar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC)** en materia de infraestructura, dotación y equipamiento biomédico.
3. **Optimizar los procesos asistenciales**, asegurando la prestación de servicios con mayor eficiencia, seguridad y calidad.
4. **Contribuir al fortalecimiento de la red integral e integrada de servicios de salud** del departamento, en coherencia con las políticas del Plan Departamental de Salud.

El uso de los recursos se enmarca dentro de los lineamientos técnicos y financieros definidos en el convenio, asegurando su destinación exclusiva al propósito pactado y bajo los principios de transparencia, eficiencia y responsabilidad fiscal.

En virtud de lo anterior, **se solicita la autorización y realización del giro correspondiente**, con el fin de avanzar en la ejecución de las actividades comprometidas y garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Agradecemos de antemano su atención y apoyo para la oportuna continuidad de este proceso, que representa un beneficio directo para la comunidad usuaria del Hospital y del Departamento de Cundinamarca.

Cordialmente,

ANGELA MARITZA LÓPEZ BARRERO
Gerente
E.S.E. Hospital San Vicente de Paul San Juan de Rioseco.

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SAN JUAN DE RÍO SECO
Tel. 1

NIT: 860023999 - 1

LUGAR FACTURACION: SAN JUAN DE RIOSECO

Codigo Habilitación No. 256620006101

FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN N° 18764079722935 de Septiembre 17 de 2024 del No.SJFE 25735 al SJFE 100000, vigencia 12 meses.No somos grandes contribuyentes,

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SJFE 37750
FECHA: 06/11/2025 13:55:00
FECHA VENCIMIENTO: 06/12/2025

Empresa Responsable Cuenta **No. Autorización:** Sin Autorizacion **Pag. No. 1**
Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Contrato:** 1082

Paciente: SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA **Tipo / No. Documento:** NI 899999114 **Edad:** 63 A 2 M 16 D 0 H
Dirección: CALLE 26 NO 51-53 BOGOTA **Telefono:** 7491769
Estrato: Nivel 0 (0%) **T. Usuario:** NO AFILIADO **Carnet:**

Ingreso: 06/11/2025 13:55:00 **Egreso:** 06/11/2025 13:55:00 **Dx Egreso:**

Codigo CUPS	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Ninguno					
INC	INC	CONVENIOS Y/O RESOLUCIONES HSVP	363,601,584.00	1.00	363,601,584.00
		SubTotal	**363,601,584.00**		**363,601,584.00**

Vr. Descuento: 0.00

Vr. Total Servicios Prestado: 363,601,584.00
Copago y/o Cuota Moderadora: 0,,00
Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: 363,601,584.00

Vr Empresa: TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS UN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE
Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable

Cynthia A. Vargas M.
Firma Cajero

Usuario que Elabora: CYNTHIA ALEXANDRA VARGAS MEJIA **Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2**

CUFE: 1805374d9387f5be285eceb6f73bb0e93055cc7cfc017047e96f796a2cc0b47a44226a2f7f2a5cceec9bfb07f006ef10
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 06/11/2025 13:56:00

Gobernación de Cundinamarca

E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
Salud y Bienestar nuestro compromiso

EL SUSCRITO CONTADOR DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA

C E R T I F I C A:

1. Que se han examinado los libros auxiliares de Contabilidad de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de San Juan de Rioseco, Cundinamarca, los cuales se encuentran actualizados hasta el 06 de octubre de 2025.

2. Que los registros asentados en ellos se encuentran debidamente soportados con los documentos respectivos. Para lo cual se verificaron las Planillas de liquidación y Pago de **SEPTIEMBRE DE 2025**.

La información correspondiente a los aportes de salud, pensión y aportes parafiscales esta soportada en los pagos realizados por la empresa con base en los descuentos practicados por nomina a los funcionarios y la parte que asume la empresa como aplicación del Sistema General de Participaciones.

Dada en el Hospital San Vicente de Paul de San Juan de Rioseco, Cundinamarca a los nueve (06) días del mes de octubre de 2025.

Nubia Forero Martinez
Contador
T.P. 272.352-T

Angélan Maritza López B.
Gerente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	860023999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JUAN DE RIO SECO	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 4 N 1 - 52	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	03 - ASISTENCIAL 2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7988494083**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1833354368

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 3.393.500
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 769.900
8002248088	230301	230301-PORVENIR	5	$ 3.155.600
		SUBTOTAL:	12	**$ 7.319.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 2.015.000
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 450.300
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	5	$ 2.049.800
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 601.500
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 601.500
		SUBTOTAL:	12	**$ 5.718.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	12	$ 2.067.500
		SUBTOTAL:	12	**$ 2.067.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	12	$ 1.115.100
		SUBTOTAL:	12	**$ 1.115.100**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	12	$ 1.034.200
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	12	$ 1.550.900
		SUBTOTAL:		**$ 2.585.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 18.804.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 18.804.800**

Planilla Pagada

ach SOi

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

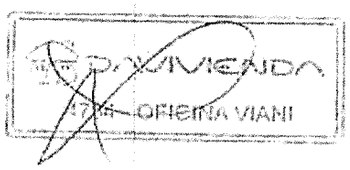
EL BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA

Que el **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL SAN JUAN DE RIOSECO,** identificado con el **Nit 8600239991,** se encuentra vinculado con nosotros mediante la cuenta de ahorros No**. 478400045462,** la cual se denomina **"Convenio N° 1082-2025 Programa Dotación Equipos Médicos 2025"** y presenta estado activo - vigente.

La presente se expide a solicitud del interesado a los treinta y uno (31) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,



BANCO DAVIVIENDA S.A.

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 8
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 09/diciembre/2024

FECHA: DÍA 01 | MES 11 | AÑO 2025 — Marcar solo una opción — 1. CREACIÓN [ ] — 2. ACTUALIZACIÓN [XX]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA / ENTIDAD	Salud
¿CUAL?	
4. CONTRATO/OT	AÑO
5. CONVENIO	SS-CD-CVI-1082-2025 — AÑO 2025

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT — No 860023999 — D.V. 1
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	ANGELA MARITZA LOPEZ BARRERO
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía — No 39567670 — D.V. 0
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	Cl 4 1 - 52
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Cundinamarca-San Juan de Rio Seco
12. TELÉFONO	13. CELULAR 3138301266
14. CORREO ELECTRÓNICO	Indicativo: gerenciasjr@esesanvicentedepaul.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	476400045462 — 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. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] — AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
	AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] — AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]
	ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] — OTRA [ ] — ¿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)	
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

ANGELA MARITZA LOPEZ BARRERO
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

39567670
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	ASER - ADQUISICION SERVICIOS
26. CUENTA ASOCIADA	Otra cuenta — ¿CUAL? 2480040000
27. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
28. VÍAS DE PAGO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETE FUENTE	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
30. ICA	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
31. RETENCIÓN DE IVA	RI05 Retelva aplicable a compras 15%
	RI07 Retelva aplicable a servicios 15%
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1
33. ESTAMPILLAS	
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 01 | MES 11 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR BUITRAGO

REVISADO POR:

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

FBF14FF199588689

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 **NUBIA FORERO MARTINEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39812611 de GUADUAS (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 272352-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

Dado en BOGOTA a los 25 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141165030778

(415)7707212489984(8020) 000014116503077 8

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

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 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	San Juan de Río Seco 6 6 2

41. Dirección principal
CL 4 1 52

42. Correo electrónico gerenciasjr@esesanvicentedepaul.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 3 0 1 2 6 6	

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 9 7 0 4 2 9							

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	5 2																			

06- Ingresos y patrimonio.
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
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 31-10-2025 01:22:09PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141165030778

(415)7707212489984(8020) 000014116503077 8

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

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	0 1 5	3 2 1
73. Fecha	1 9 9 6 0 3 2 2	2 0 0 8 1 1 1 9
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 4	0 4
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	2 5	2 5
79. Ciudad/Municipio	6 6 2	6 6 2
Vigencia		
80. Desde		
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: 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	8 3	2 0 1 7 0 1 0 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
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141165030778

(415)7707212489984(8020) 000014116503077 8

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 9 5 6 7 6 7 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LOPEZ	BARRERO	ANGELA	MARITZA

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 141165030778

(415)7707212489984(8020) 000014116503077 8

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

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	3 9 8 1 2 6 1 1		2 7 2 3 5 2 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
FORERO	MARTINEZ	NUBIA	

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



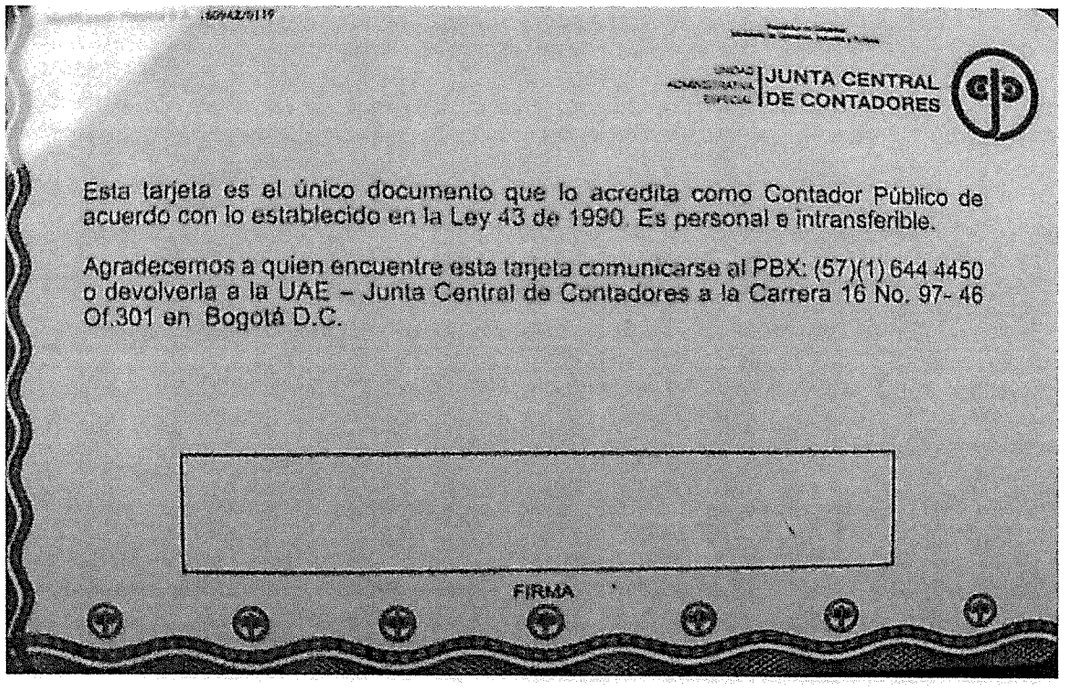
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

272352-T

NUBIA
FORERO MARTINEZ
C.C. 39812611
RES. INSCRIPCION 1041 DEL 10/07/2020
POLITECNICO GRANCOLOMBIANO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

202005 **306171**



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.812.611**

FORERO MARTINEZ

APELLIDOS

NUBIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1979**

GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

08-MAY-1997 GUADUAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1511500-00214846-F-0039812611-20100215 0020910005A 1 28585880