ORDEN DE PAGO

MUNICIPIO DE
VILLA DE LEYVA
NIT. 891.801.268-7

No.: 2025120118

Fecha: 17/dic./2025

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA

CC o Nit: 891800906 **Teléfonos:** 3124524119

Dirección: KM 1 VIA ARCABUCO

Concepto: CI127/2025; ACTA DE LIQUIDACION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLL

Detalle: CI127/2025; ACTA DE LIQUIDACION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025, SEGÚN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LINEAMIENTOS Y METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD (PAS), EL C
DURANTE EL TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE 01 DE OCTUBRE AL 12 DE DICIEMBRE DE 2025

No. documento : SFFE 283495 **Vencimiento:** 17/12/2025 **Valor:** 97,467,966.67

2. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Certificado Disponibilidad	Registro Presupuestal	CODIGO	NOMBRE DE LA CUENTA	CODIGO	VALOR	Saldo Registro Presupuestal
2025060014	2025060066	2.3.2.02.02.009.02.01.02.03 1.2.4.2.02 19 1905 0300 1905022 21	Servicio de gestion del riesgo en temas de trastornos mentales / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoentemasdetrastornos mentales / FONDO LOCAL DE SALUD	9999999999999999	11,218,969.30	0
2025060014	2025060066	2.3.2.02.02.009.02.01.02.04 1.2.4.2.02 19 1905 0300 1905023 21	Servicio de gestion del riesgo para abordar condiciones cronicas prevalentes1905023 / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaabordarcondicionescronicasprevalentes / FONDO L	9999999999999999	25,235,000.00	0
2025020038	2025030020	2.3.2.02.02.009.02.01.02.04 1.2.4.2.02 19 1905 0300 1905023 21	Servicio de gestion del riesgo para abordar condiciones cronicas prevalentes1905023 / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaabordarcondicionescronicasprevalentes / FONDO L	9999999999999999	1,744,210.00	0
2025060014	2025060066	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05 1.2.4.2.02 19 1905 0300 1905027 21	Servicio de gestion del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles1905027 / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaenfermedadesinmunoprevenibles / FONDO LOCAL DE SALUD	9999999999999999	4,047,660.01	1,000,000
2025020038	2025030020	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05 1.2.4.2.02 19 1905 0300 1905027 21	Servicio de gestion del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles1905027 / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaenfermedadesinmunoprevenibles / FONDO LOCAL DE SALUD	9999999999999999	55,222,127.36	0

TOTAL 97,467,966.67

3. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Centro Costo	Débito	Crédito
55021601	Acciones de salud pública / E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA		97,467,966.67	00.00
24010101	Bienes y Servicios- Servicios / E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA		00.00	97,467,966.67

ORDEN DE PAGO

MUNICIPIO DE
VILLA DE LEYVA
NIT. 891.801.268-7

No.: 2025120118

Fecha: 17/dic./2025

Sumas Iguales	97,467,966.67	97,467,966.67

Revisó:

Neto a Pagar : $ 97,467,966.67

Valor Neto a pagar en letras: NOVENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y SIETE CTVS.MC.

TESORERO	**ALCALDE**

MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA – BOYACÁ
NIT. 891.801.268-7
MONUMENTO NACIONAL

SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
APOYO GESTIÓN FINANCIERA	FORMATO	F-GF-02 Versión 01	1/03/2025
FORMATO ESTANDAR			

FECHA DE ELABORACION:	16/12/2025			
ACTO ADMINISTRATIVO No.	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	BENEFICIARIO		NIT O CEDULA
CONTRATO No.	CONTRATO 127-2025 MODIFICATORIO N°1 Y ADICIONAL N° 1	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA		891.800.906
No. DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	SFFE-283495	FECHA DE LA FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	VALOR	PERIODO
		12/12/2025	$ 97.467.966,67	1 DE OCTUBRE DEL 2025 AL 12 DE DICIEMBRE DEL 2025
CONCEPTO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025, SEGÚN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LINEAMIENTOS Y METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD (PAS), EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES (COAI) 2025, Y EL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 518 DEL 2015 EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA			

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
ANGELA JOHANA MUNEVAR GONZALEZ	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO

EJECUCION			
PLAZO O TIEMPO DE EJECUCION	EL PRESENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO TENDRA UN PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL DOCE (12) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VENTICINCO (2025).	FECHA DEL ACTA DE INICIO	11/03/2025
RUBRO PRESUPUESTAL	2.3.2.02.02.009.02.01.02.03/1.2.4.2.02		
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.04/1.2.4.2.02		
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05/ 1.2.4.2.02		
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05/1.3.2.2.06		
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.06/ 1.2.4.2.02		
RUBROS PRESUPUESTALES ADICIONALES	2.3.2.02.02.009.02.01.02.03/1.2.4.2.02	MODIFICATORIO N°1 Y ADICIONAL N°1	27/06/2025
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.04/1.2.4.2.02		
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05/ 1.2.4.2.02		
DENOMINACION RUBRO	Servicio de gestion del riesgo en temas de trastornos mentales / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoentemasdetrastornosmentales / FONDO LOCAL DE SALUD		
	Servicio de gestion del riesgo para abordar condiciones cronicas prevalentes1905023 / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaabordarcondicionescronicasprevalentes / FONDO L		
	Servicio de gestion del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles1905027 / R.F. SGP - SALUD-SALUD PUB / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaenfermedadesinmunoprevenibles / FONDO LOCAL DE SALUD		
	Servicio de gestion del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles1905027 / R.F. SGP - SALUD-SALUD PUB / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaenfermedadesinmunoprevenibles / FONDO LOCAL DE SALUD		
	Servicio de promocion de la salud y prevencion de riesgos asociados a condiciones no transmisibles / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodepromociondelasaludyprevencionderiesgosasociadosacond		
DENOMINACION RUBROS ADICIONALES	Servicio de gestion del riesgo en temas de trastornos mentales / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoentemasdetrastornosmentales / FONDO LOCAL DE SALUD		
	Servicio de gestion del riesgo para abordar condiciones cronicas prevalentes1905023 / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaabordarcondicionescronicasprevalentes / FONDO L		
	Servicio de gestion del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles1905027 / R.F. SGP - SALUD-SALUD PUB / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoparaenfermedadesinmunoprevenibles / FONDO LOCAL DE SALUD		

RUBROS PRESUPUESTALES AFECTADOS Y FUENTE DE FINANCIACIÓN	NUMERO N°	VALOR	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)	REGISTRO PRESUPUESTAL (RP)
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.04/1.2.4.2.02	$ 1.744.210,00	2025020038	2025030020
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05/ 1.2.4.2.02	$ 56.958.158,06		
RUBROS PRESUPUESTALES AFECTADOS ADICIONAL	2.3.2.02.02.009.02.01.02.03/1.2.4.2.02	$ 11.218.969,30	2025060014	2025060066
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.04/1.2.4.2.02	$ 25.235.000,00		
	2.3.2.02.02.009.02.01.02.05/ 1.2.4.2.02	$ 2.311.629,31		

N° Y FECHA PÓLIZA Y APROBACION (SI aplica)	NUMERO N°	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA CDP	FECHA RP
	N/A	N/A	N/A	18 de febrero de 2025	11 de marzo de 2025
				14 de junio de 2025	28 de junio de 2025

CONTROL SALDOS DEL CONTRATO	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	$ 168.150.640,00	$ -
+ ADICIONES	$ 42.037.660,00	$ -
= VALORES TOTALES	$ 210.188.300,00	$ -
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA / CUENTA DE COBRO	$ 111.720.333,34	$ -
- PAGADO Y/O AMORTIZADO EN LA FECHA	$ 97.467.966,67	$ -
= VALORES TOTALES PAGADOS Y/O AMORTIZADO A LA FECHA	$ 209.188.300,01	$ -
= SALDOS ACTUALES (DESPUÉS DE ESTA FACTURA	$ 999.999,99	$ -

# Cuenta Bancaria	Clase de cuenta	Entidad Bancaria
177769999703	CUENTA DE CORRIENTE	BANCO DAVIVIENDA

OBSERVACIONES	ACTA DE TERMINACION Y LIQUIDACION
REQUISITOS GENERALES	Se presentó informe de actividades del periodo contractual que reposa en el respectivo contrato, presentó certificación de cumplimiento por parte del supervisor y copia de las planillas de seguridad, SENA y Comfaboy (Cuando se requiera).
	A efectos del pago final, éste será condicionado a la presentación del informe final del contratista, donde conste la ejecución del contrato mediante la suscripcion del acta de recibido final y a satisfaccion
	Conforme lo dispuesto en Ley 80 de 1993 articulo 4 de los Derechos y Deberes de las Entidades Estatales y adicionado por la ley 1150 de 2007 en el articulo 19, el presente pago goza del Derecho de Turno y sujeto al PAC
	A la presente se anexa: Factura y/o cuenta de cobro, formato de exoneración de retención (cuando aplique), certificado de no embargos (cuando aplique), copia de las planillas o certificación de pago de seguridad social, SENA y Comfaboy (para los contratos de obra pública), póliza (cuando aplique), RUT y certificado bancario.

ANGELA JOHANA MUNEVAR GONZALEZ	DIANA FERNANDA CARVAJAL TORRES
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO	Jefe oficina asesora de contratación, licitaciones y suministros
SUPERVISOR	Revisó
Con la presente firma se avala que el contratista presentó el informe correcto de actividades, por lo tanto, esta cuenta reúne todos los requisitos técnicos para ser pagada, bajo la responsabilidad de quien firma	Con la presente firma se avala que la información plasmada en este Formato Estándar, corresponde a los términos y cláusulas del contrato afectado y además, que en la carpeta reposa todos los documentos expedidos correctamente, que soportan el pago, bajo la responsabilidad de quien firma

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

NIT 891800906-3
KM 1 VIA ARCABUCO CEL. 3124524119
Villa de Leyva - Boyacá

Cod. IPS: 154070084101

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764076228159 con vigencia del 2024-07-31 al 2026-07-31. Numeración habilitada del 200001 al300000 y prefijo SFFE

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SFFE- 283495

Fecha Factura:	12/12/2025	
Fecha Vencimiento:	12/12/2025	
Fecha Validación DIAN:	12/12/2025	14:12:00
Fecha Inicial:	12/12/2025	
Fecha Final:	12/12/2025	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 16eae966961d39df2a1f7d894c5e7b50e0f76f66ba8ca6cbe65a394bd3f5a1b469e14475b7e1fe21a08358eec4a52266

Elaborado por: ADMINISTRADOR SISTEMA

Administradora: MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA
Nit: 891.801.268-7
Convenio: PIC2025 - 127-2025
Representante: VICTOR ALFONSO GAMBOA CHAPARRO
Fecha Convenio: 11/03/2025 a 12/12/2025 **Teléfono:** 0

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Cobertura: Cobertura Salud Pública
Contratacion: Otra modalidad (Pago por

OBSERVACIONES:

PAGO ACTA PARCIAL N° 4 CONVENIO INTER ADMINISTRATIVO N° 127 CUYO OBJETO ES:
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025* SEGÚN LAS CONDICIONES TÉCNICAS* LINEAMIENTOS Y METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD (PAS)* EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES (COAI) 2025* Y EL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 518 DEL 2015 EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA

DOCUMENTO	NOMBRE	TIPO USUARIO	COPAGO	PÓLIZA	AUTORIZACIONES	N° Mipres	Entrega Mipres

Valor en Letras:

NOVENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS MCTE

TOTAL CARGOS	97,467,966.67
DESCUENTO	0.00
TOTAL A CANCELAR	97,467,966.67

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PACIENTES

Frima Paciente

Firma Representante Legal

HSF – 118-25

INFORME ESPECIAL

CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 789 DE 2002

ALCALDÍA MUNICIPAL VILLA DE LEYVA

Nosotros Gerente y Contador Público de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, certificamos que se ha efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, la cual se encuentra al día en sus aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar), correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de octubre al 12 de diciembre del año 2025. El pago de estos aportes es responsabilidad de la Administración de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar, correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de octubre al 12 de diciembre del año 2025, preparado por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, y
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.
4. Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente sobre el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de octubre al 12 de diciembre del año 2025, comunico que, a la fecha del presente informe, la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).

Dada en Villa de Leyva – Boyacá, a los doce (12) días del mes de diciembre del año 2025

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ
Gerente

JOSÉ ALEDY SALAZAR GIRALDO
Contador Público **T.P 93955T**

HSF – 117-25

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

Señores

ALCALDÍA MUNICIPAL VILLA DE LEYVA

Ciudad

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ, identificada con cedula de ciudadanía No 40.041.650, expedida en Tunja, actuando en calidad de Representante Legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA NIT: 891.800.906-3, manifiesto y declaro bajo la gravedad de juramento que NO tenemos ningún tipo de embargos, procesos judiciales, ni retenciones de dinero.

Se expide la presente certificación en el municipio de Villa de Leyva - Boyacá, a los doce (12) días del mes de diciembre del año 2025.

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ
Gerente

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

93955-T



JOSE ALEDY
SALAZAR GIRALDO
C.C. 7171463
RESOLUCION INSCRIPCION 88 FECHA 2003/07/24
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DE BOYACA

PRESIDENTE

BENJAMIN LOPEZ ARCINIEGAS

103739

IDEOS

FIRMA DEL TITULAR

013183

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7171463

SALAZAR GIRALDO
APELLIDOS

JOSE ALEDY
NOMBRES

José Aledy Salazar G.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1976
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

31-OCT-1994 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0700100-33096421-M-0007171463-20020207 00032 02038A 02 107569884

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EBB758780415798

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 **JOSE ALEDY SALAZAR GIRALDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7171463 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 93955-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141150788579

(415)7707212489984(8020) 000014115078857 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	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
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Villa de Leyva 4 0 7

41. Dirección principal
KM 1 VIA ARCABUCO

42. Correo electrónico hsanfran@esevilladeleyva.com

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

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	2 0 1 3 0 1 2 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 14 16 42 52

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

Usuarios aduaneros

54. Código

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 MONTEJO PAEZ MARIA EUGENIA
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 141150788579

(415)7707212489984(8020) 000014115078857 9

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

Vigencia

80. Desde	1 9 9 9 0 7 1 5
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

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

Estado y Beneficio

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 2		-
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: 141150788579

(415)7707212489984(8020) 000014115078857 9

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MONTEJO	PAEZ	MARIA	EUGENIA

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 141150788579

(415)7707212489984(8020) 000014115078857 9

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

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SALAZAR	GIRALDO	JOSE	ALEDY

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BANCO DAVIVIENDA S.A.

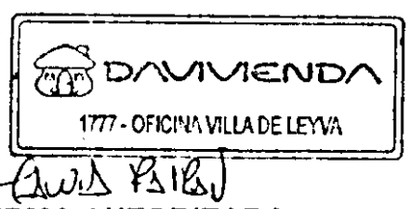
CERTIFICA:

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO** identificada con Nit 8918009063 se encuentra vinculada con nuestra entidad mediante:

Cuenta de corriente 177769999703
Fecha de Apertura 2016/05/24

La finalidad de la cuenta está encaminada para el manejo exclusivo de los recursos del contrato de **Inter administrativo para el desarrollo de las actividades del plan de intervenciones colectivas PIC 2025,según las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas en el plan de acción de salud (pas), el componente operativo anual de inversiones (COAI)2025,y el anexo técnico de la resolución 518 del 2015 en el municipio de Villa de Leyva**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Villa de Leyva a los 24 días del mes de julio de 2025.



FIRMA AUTORIZADA