INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CD-CVI-983-2025

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 2	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 08.11.2025 hasta el 29.12.2025	
Fecha en la que se rinde el informe :	29.12.2025

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA
NIT / C.C.:	8600159292
Supervisor:	JOHN PERILLA PEÑALOZA
Cargo:	Profesional Especializado
Objeto del Contrato o Convenio:	AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER SU CAPACIDAD OPERATIVA, COADYUVAR AL PROCESO DE SANEAMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ASÍ COMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	19.10.2025
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	05.11.2025
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100071611, 7100073407
Registro Presupuestal	4600032246, 4700013629
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$1,200,000,000
Adición	$600,000,000
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$1,800,000,000
Plazo de Ejecución Inicial	DOS (02) MESES Y CINCO (05) DIAS SIN SUPERAR EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025
Prorroga No.	1
Plazo de Ejecución Final	
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	30.09.2026
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	NA
Garantía de Cumplimiento	NA
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NA

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 59%

1. Suscribir acta de inicio dentro de los cinco días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio.

Se suscribe acta de inicio el 5 de noviembre de 2025

2. Aportar certificación de apertura de cuenta bancaria 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.

Se aporta certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros del BANCO del BBVA NO. 001308160002000003071 aperturada el 10 de octubre de 2025 para el manejo de los recursos.

3. Modificar el presupuesto de ingresos y de gastos de la E.S.E. conforme a la asignación de los recursos, en concordancia con la solicitud viabilizada por la secretaría de salud y según lo establecido en la Ordenanza No.0103 de 2023 y demás normas presupuestales vigentes. (En caso de aplicar).

Se incorpora los recursos al presupuesto mediante el Acuerdo No. 46 de junta directiva

4. Presentar copia del acuerdo de junta directiva donde se aprobó la incorporación de los recursos del presente convenio al presupuesto de la entidad.

La ESE Presenta el acuerdo No. 046 de 2025

5. Presentar copia de la resolución del CONFISCUN o CONFIS, donde se modifica el presupuesto de ingresos ygastosincorporandolosrecursosdelconvenioalpresupuesto de la entidad, en los términos establecidos en la Ordenanza No.0103 de 2023 y las normas concordantes.(En caso de aplicar).

El convenio no tiene obligación de ir a aprobación por parte del CONFISCUN, dado que es solo de sustitución de fuentes

6. Utilizar los recursos conforme al objeto del convenio y a la solicitud de recursos viabilizada por el secretario de Salud, previa solicitud del representante legal de la ESE

La Ese utiliza los recursos del convenio conforme al objeto del convenio y a la solicitud de recursos viabilizada por el secretario de Salud, previa solicitud del representante legal

7. Designar un responsable para el seguimiento a la ejecución oportuna del convenio.

Katherin Quintero Morales , Profesional Especializado de Apoyo

8. Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo, los cuales deben ser debidamente cargados a la plataforma SECOP II.

Se presenta el informe del mes de noviembre y parcial de diciembre

9. Reintegrar los rendimientos financieros generados mensualmente, certificados por la entidad bancaria.

Se le informa a la ESE del deber de cumplir con esta obligación

10. Reintegrar los recursos no ejecutados, para la expedición de documento de ingreso por parte de la tesorería de la secretaria de Salud, previo a la suscripción del acta de liquidación.

No se requiere para este informe

11. Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos en cumplimiento del objeto contractual, a fin de proceder a su liquidación, el cual debe ser debidamente cargado a la plataforma SECOP II., con los soportes a que haya lugar.

No se requiere para este informe

12. Adelantar el proceso de gestión de cartera y conciliaciones, estableciendo una estrategia administrativa y jurídica que le permita aumentar el recaudo por venta de servicio, para cual deberá entregar un informe dentro del plazo de ejecución del convenio.

Se le informa a la ESE del deber de cumplir con esta obligación

13. Adelantar las gestiones administrativa y financiera necesarias de conformidad con los indicadores de desempeño a corte del 31 de diciembre de 2025, con el fin de ser calificada su gestión.

Se le informa a la ESE del deber de cumplir con esta obligación

14. Acatar todas las circulares, resoluciones y actos administrativos emitidos por la Secretaría de Salud Departamental.

Se le informa a la ESE del deber de cumplir con esta obligación

15. El representante legal y/o quien haga sus veces se compromete a implementar y ejecutar 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), según aplique para la persona jurídica que represente.

Se le informa a la ESE del deber de cumplir con esta obligación

16. Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar la ESE

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300164865	10.11.2025	$1,140,000,000

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

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

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

LA ESE Y EL DEPARTAMENTO SECRETARIA DE SALUD SUSCRIBEN PRORROGA N°1, ADICIÓN No. 1 Y MODIFICACION No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI983-2025, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA -SECRETARÍA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA CON NIT 860.015.929-2

JOHN PERILLA PEÑALOZA
Profesional Especializado

INFORME DE EJECUCIÓN

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-983-2025

De acuerdo a lo anterior la ejecución del convenio se inicia de la siguiente manera:

1. El 05 de agosto se firma acta de inicio del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-793-2025 donde se establecen las siguientes generalidades:

GENERALIDADES	
OBJETO	*"AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER SU CAPACIDAD OPERATIVA, COADYUVAR AL PROCESO DE SANEAMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ASÍ COMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA"*
VALOR INCIAL CONVENIO	MIL DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS MCT/E ($1.200.000.000)
VALOR ADICION No. 1	NA
VALOR TOTAL CONVENIO	MIL DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS MCT/E ($1.200.000.000)
FECHA DE INICIO	05 DE NOVIEMBRE DE 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
FECHA DE TERMINACION	31 DE DICIEMBRE DEL 2025
PERIODO DEL INFORME 1	DE 05 DE NOVIEMBRE DE 2025 HASTA EL 18 DE DICIEMBRE DE 2025

2. El 10 de noviembre de 2025 se realiza junta directiva y se genera el Acuerdo No.46 de 2025 por medio de la cual se viabiliza modificación al presupuesto realizando la incorporación de los recursos asignados por medio del convenio INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-983-2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA.

Código Presupuestal	Denominación	Renta a sustituir	Renta sustituida

1	Ingresos	1.200.000.000	1.200.000.000
1.1	Ingresos Corrientes	1.200.000.000	1.200.000.000
1.1.02	Ingresos no tributarios	1.200.000.000	1.200.000.000
1.1.02.05	Venta de bienes y servicios	1.200.000.000	
1.1.02.05.001	Ventas de establecimientos de mercado	1.200.000.000	
1.1.02.05.001.09	Servicios para la comunidad, sociales y personales	1.200.000.000	
1.1.02.05.001.09.02	Servicios de salud	1.200.000.000	
1.1.02.05.001.09.02.02	Régimen Contributivo	1.200.000.000	
1.1.02.05.001.09.02.02.02	No Capitado	1.200.000.000	
1.1.02.06	Transferencias corrientes		1.200.000.000
1.1.02.06.007	Subvenciones		1.200.000.000
1.1.02.06.007.02	Empresas públicas no financieras		1.200.000.000
1.1.02.06.007.02.08	Transferencias para empresas sociales del estado		1.200.000.000
Total		1.200.000.000	1.200.000.000

3. El 02 de septiembre de 2025 se hace envío de todos los documentos requeridos según lista de chequeo de recepción de documentos para cuenta de cobro No.1, entre los cuales se encontraba:
   - Certificación de la cuenta bancaria de ahorros No.0816000200003071 en el Banco BBVA
   - La factura electrónica de venta No. HSV1799029 del 07 de noviembre 2025 por un valor de $1.140.000.000,00
   - SAP actualizado con la cuenta anteriormente relacionada
   - Documentos vigentes de la revisoría fiscal.

4. Se hace efectivo el desembolso, por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, el día 11 de noviembre por medio de un giro por una suma de mil ciento cuarenta millones de pesos mcte ($1.140.000.000,00) correspondiendo exactamente al valor facturado, teniendo en cuenta que en la CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO se indica que *"el primer desembolso por valor de MIL CIENTO CUARENTA MILLONES DE PESOS MCT/E ($1.140.000.000), correspondiente al 95% del valor total del convenio".*

5. Se ha comprometido el valor total del convenio ($1.200.000.000), dicho valor es la sumatoria de los registros presupuestales que se han generado a cargo del convenio, discriminados a continuación:

codRubro	NoReg	Registro	Nit	Tercero	**Contrato Nº**	Giros	Saldo por ejecutar
2.4.5.02.09.13	1524	630,000,000	900777665	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD	305	345,842,718	284,157,282

				SEMED S.A.S.			
2.4.5.02.09.13	1525	100,000,000	804017235	IMAGENES DE LA SABANA S.A.S.	395	0	100,000,000
2.4.5.02.09.13	1526	43,481,975	900022356	C&C SERVICIOS DE SALUD SAS	447	43,481,975	0
2.4.5.02.09.13	1527	75,000,000	900935037	SARMIENTO INVERSIONES OSIRYS S.A.S.	457	30,478,700	44,521,300
2.4.5.02.06.09	1528	60,000,000	900881059	SIACS S.A.S	670	40,715,000	19,285,000
2.4.5.02.08.13	1529	185,000,000	901313690	CLEAN HOUSES SAS	360	163,868,354	21,131,646
2.4.5.02.08.13	1530	40,000,000	830053928	SEGURIDAD.RAM LTDA	406	40,000,000	0
2.4.5.02.09.13	1682	66,518,025	900022356	C&C SERVICIOS DE SALUD SAS	840	38,701,220	27,816,805
		1,200,000,000				**703,087,967**	**496,912,033**

A la fecha se han realizado giros por un total de $703,087,967 dando una ejecución del 59%.

6. Como consecuencia de los aportes realizados por parte de la Secretaria de Salud girados a la cuenta bancaria destinada para ello, se obtuvieron los siguientes rendimientos financieros **a corte de 30 de noviembre de 2025**, esto se soporta en el extracto bancario que se anexa a la presente, y se muestra lo siguiente:

Mes	Valor
nov-25	$7,273.00
Total	$7,273.00

7. A continuación, se detalla el saldo total actual:

Valor total convenio	Valor total girado	Valor comprometido	Valor Girado	Rendimientos financieros	Total en la cuenta
$1,200,000,000	$1,140,000,000	$1,200,000,000	$703,087,967	$7,273	436,919,306

8. Anexos
   - Acuerdo No. 46 de junta directiva.
   - Copia de extracto bancario de la cuenta donde se manejaron los recursos del convenio.

Cordialmente,

Dra. NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ
Gerente ESE Hospital Salazar de Villeta

Proyecta
Katherin Quintero Morales-Profesional de apoyo

Revisó. Fredy Alexander Buitrago
Subgerente Administrativo y Financiero

ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA
CALLE 1 No 7 -56 Tel. 6018951127

NIT: 860015929 - 2

LUGAR FACTURACION: ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

Codigo Habilitación No. 258750003201

RESOLUCION FACTURACION ELECTRONICA DE VENTA SEGUN FORMULARIO DE AUTORIZACION DIAN NO. 18764089165745 DE FECHA 19-02-2025
RANGO AUTORIZADO HSV-1728543 AL HSV-3000000. VIGENCIA 12 MESES

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSV1811672
FECHA: 29/12/2025 09:27:00

Empresa Responsable Cuenta
Nit: 899999114-0 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Contrato: CONVENIOS

Autorización: Sin Autorizacion

Paciente: SALUD DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE
Dirección: .
Estrato: Estrato 0 (0%)
Tipo / No. Documento: NI 899999114
Telefono: 0
T. Usuario: Vinculado
Edad: 13 A 9 M 22 D 0 H
Carnet:

Ingreso: 29/12/2025 09:27:00 **Egreso:** 29/12/2025 09:27:00 **Dx Egreso:**

Observación: CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-983-2025

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Ninguno					
CONVINTER	CONVINTER	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	650,000,000.00	1.00	650,000,000.00
		SubTotal	**650,000,000.00**		**650,000,000.00**

	Vr. Total Servicios Prestado:	650.000.000,00
Cita:	**Copago a realizar por el paciente:**	0.00
Profesional:	**Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable:**	650.000.000,00
Consultorio:	**Vr. Descuento:**	0,00

Vr Empresa: SEISCIENTOS CINCUENTA MILLONES PESOS M/CTE
Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable

Facturador

Usuario que Elabora: ERIKA ROCIO CASTAÑEDA AVI

Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE: ed6ffa5d666787d541acc21681504f7cf2d68d4f1e2139050441b510f1b429ed0461a27b2c7a9ed66a40e676f2dcb467
Fecha y Hora de Aceptación DIAN 29/12/2025 9:27:00

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141039589136

(415)7707212489984(8020) 000014103958913 6

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

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	5 2 6 6 0 1 1 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MUELLE	PLAZAS	JULIA	ISABEL

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

Fecha generación documento PDF: 26-12-2025 03:29:23PM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141039589136

(415)7707212489984(8020) 000014103958913 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 0 0 7 5 0 3 3 3 | 6 DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 13: 3 2

14. Buzón electrónico:

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 3 8 4 6 4 9 0		1 6 8 7 3

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GIL	MONSALVE	RICARDO	ALBERTO

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

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

Revisor fiscal suplente

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

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
LANDECHO	GUZMAN	ANDRES	CAMILO

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

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

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 6 4 1 0 1 7	2	7 4 6 3 1

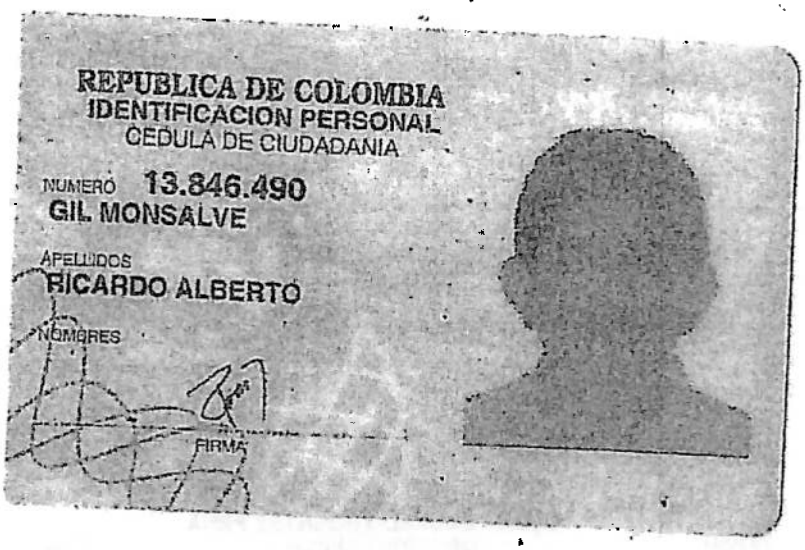
152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
OYOLA	TIQUE	JAMES	HERNAN

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 5 0 8

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 26-12-2025 03:29:23PM



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.846.490
GIL MONSALVE

APELLIDOS
RICARDO ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1957
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

20-MAY-1977 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1510900-00353118-M-0013846490-20111230 0028869577A 1 1741539523

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

16873-T



RICARDO ALBERTO
GIL MONSALVE
C.C. 13846490
RES. INSCRIPCION 183 DEL 05/02/1987
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

237081 24200

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) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA** identificado (a) con nit jurídico número **860.015.929-2** se encuentra vinculado (a) a nuestra entidad a través de la **cuenta de ahorros ahorrodiario No. 00130816000200003071** aperturada el **10 de Octubre de 2025,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente, destinada para el **CONVENIO SS-CD-CVI-983-2025.**

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales com
o se indica a continuación:

9 digitos: **816003071**
10 digitos: **0816003071**
16 digitos: **0816000200003071**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net cash, el formato a utilizar es de 16 digitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día 29 de diciembre de 2025 a las 12:45 pm, con destino a **Quien interese.**

BBVA SUCURSAL VILLET GERENTE

Firma autorizada
BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA E.S.E. DEL OREDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA
CERTIFICA:

1. Qué la **E.S.E. DEL OREDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA**, identificada con NIT 900.750.333 ha causado adecuadamente todos los aportes del sistema de Seguridad social en Salud (diciembre 2025), fondos de pensiones, cesantías y ARL (noviembre 2025).

2. Que los valores correspondientes a dicha causación se encuentran al día en sus pagos, al igual que las obligaciones parafiscales (Caja de Compensación, ICBF y SENA) las cuales fueron atendidas durante el mes de noviembre - diciembre del 2025, como se muestra en el siguiente cuadro:

No. AFILIADOS	TIPO PLANILLA	PLANILLA	VALOR PAGADO	FECHA LIMITE DEPAGO	FECHA DE PAGO
4	E	9496029862	$19,919,000	09/12/2025	4/12/2025

La presente certificación se expide a solicitud de la administración, a los cuatro (4) días del mes de diciembre de 2025.

RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE
REVISOR FISCAL
TP- 16873

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 | MES | AÑO

Marcar sólo una opción — 1. CREACIÓN ☐ 2. ACTUALIZACIÓN ☐

INFORMACIÓN GENERAL

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

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ESE HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT No 860015829 DV 2
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No 52079819 DV 4
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CALLE 1 7-56
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Cundinamarca-Villeta
12. TELÉFONO	601 Cundinamarca - Bog 8018951127 — 13. CELULAR 3103248313
14. CORREO ELECTRÓNICO	Indicativo

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	BBVA Colombia Cód. 1013
	Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál?
16. No CUENTA BANCARIA	0816000200003071 — 17. TIPO Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual.
Autoriza al **Departamento** de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

18. PERSONA	Jurídica
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No
	La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica.
20. NATURALEZA	Pública ¿CUAL?
21. REGIMEN TRIBUTARIO 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 SI ☐ 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 ☐
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN ☐
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 ☐

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

52.079.819
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	
26. CUENTA ASOCIADA	¿CUAL?
27. GRUPO DE TESORERÍA	
28. VÍAS DE PAGO	

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETEFUENTE	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
30. ICA	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
31. RETENCIÓN DE IVA	R05 Reteiva aplicable a compras 15%
	R07 Reteiva aplicable a servicios 15%
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1
33. ESTAMPILLAS	
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA | MES | AÑO

PROCESADO POR: _____

REVISADO POR: _____