# INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CD-CVI-1009-2025

| | |
|---|---|
| Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 2 | Informe Final _____ |
| Periodo del Informe: Del 01.12.2025 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 SAN RAFAEL - FACATATIVA |
| NIT / C.C.: | 8999991513 |
| Supervisor: | MARIA DEL PILAR GARZON CUERVO |
| 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 SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ, 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: | 06.11.2025 |
| Fecha de Inicio del Contrato o Convenio | 24.11.2025 |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 7100071735, 7100073380 |
| Registro Presupuestal | 4600032570, 4700013598 |
| Valor Inicial del Contrato o Convenio | $9,000,000,000 |
| Adición | $4,500,000,000 |
| Vigencia Futura | $0 |
| Pasivo Exigible | $0 |
| Valor Total del Contrato | $13,500,000,000 |
| Plazo de Ejecución Inicial | UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS SIN SUPERAR EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| Prorroga No. | 1 |
| Plazo de Ejecución Final | 30/09/2026 |
| 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 | NO |
| Garantía de Cumplimiento | N/A |
| Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual | N/A |

## 2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Suscribir acta de inicio dentro de los cinco días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio.
Se suscribió el Acta de inicio con fecha 24 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.
La ESE Hospital San Rafael de Facatativá posee la cuenta de ahorros No. 478200096988 del Banco Davivienda, con apertura del 10 de octubre de 2025, para el manejo exclusivo de los recursos del convenio.
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.
Mediante el Acuerdo No. 048 del 18 de noviembre de 2025, se aprobó la modificación de sustitución de fuentes de financiamiento al presupuesto de ingresos y gastos por valor de $4.000.000.000 millones .
4. Presentar copia del acuerdo de junta directiva donde se aprobó la incorporación de los recursos del presente convenio al presupuesto de la entidad.
Mediante Acuerdo No. 052 del 18 de noviembre de 2025, la Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael de Facatativá viabilizó la modificación de adición al presupuesto de ingresos y gastos por valor de $5.102.143.325,50.
5. Presentar copia de la resolución del CONFISCUN o CONFIS, donde se modifica el presupuesto de ingresos y gastos incorporándolos recursos del convenio al presupuesto de la entidad, en los términos establecidos en la Ordenanza No.0103 de 2023 y las normas concordantes.
Mediante la Resolución No. 00067 del 21 de noviembre de 2025 CONFISCUN aprobó las modificaciones al presupuesto de ingresos y gastos de la ESE para la vigencia fiscal de 2025.
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.
Los recursos se utilizaran conforme a la distribución presentada en los Acuerdos de Junta Directiva.
7. Designar un responsable para el seguimiento a la ejecución oportuna del convenio.
Con oficio del 24 de noviembre de 2025 la gerencia de la ESE Hospital San Rafael de Facatativá designó a Fernando Gil García Subgerente Administrativo y Financiero, como supervisor del convenio 1009-2025.
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.
La ESE Hospital San Rafael de Facatativá, presento el informe final de ejecución el 15 de diciembre de 2025, donde manifiesta que la ejecución del convenio asciende al 99% del valor inicial del convenio.
9. Reintegrar los rendimientos financieros generados mensualmente, certificados por la entidad bancaria.
N/A
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.
N/A
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.
N/A
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.
N/A
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.
N/A
14. Acatar todas las circulares, resoluciones y actos administrativos emitidos por la Secretaría de Salud Departamental.
La ESE Hospital San Rafael de Facatativá ha acatado todas las circulares, resoluciones y actos administrativos emitidos por la Secretaría de Salud Departamental.
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.
N/A
16. Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar la ESE.
A la fecha no se han presentado obligaciones adicionales por cumplir del presente convenio.

## 3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

| DOCUMENTO DE PAGO | FECHA | VALOR |
|---|---|---|
| 3300169052 | 03.12.2025 | $8,550,000,000 |

ninguna

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

NO APLICA

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 Hospital San Rafael de Facatativá debe aportar el Acuerdo de la Junta Directiva donde se evidencie la aprobación de la adición y no ejecutar los recursos de está sin la tener dicha aprobación.

MARIA DEL PILAR GARZON CUERVO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

## E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA



RPT BASE

# FACTURA DE VENTA
# Nº FEHF1127571

**CENTRO:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA
**CLIENTE:** TESORERIA GENERAL DEL DEPARTAMENTO
**DIRECCION:** CALLE 26 CRR. 50
**VENDEDOR:** E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

**FECHA FACTURA:** 29/12/2025 09:26 a. m.
**FECHA VENCIMIENTO:** 29/12/2025 09:26 a. m.
**DIAS PLAZO:** 0,0000
**ESTADO:** Confirmado

**NIT:** 899999114
**CIUDAD:** BOGOTA D.C.
**TELEFONO:** 4261965

| CODIGO | DESCRIPCION | UNIDAD | CANTIDAD | VALOR/U | SUBTOTAL | %Dto | %Iva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1<br>ARR0081 | CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS | | 1,00 | $ 4.940.000.000,00 | $ 4.940.000.000,00 | 0,00 | 0,00 |

**DETALLE**
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1009-2025

**SON**
CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL** | $ 4.940.000.000,00 |
| **DESCUENTO** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO** | $ 0,00 |
| **VALOR FLETES** | $ 0,00 |
| **IMPUESTO FLETES** | $ 0,00 |
| **RETENCION IVA** | $ 0,00 |
| **RET.IVA SERVICIOS** | $ 0,00 |
| **RETENCION ICA** | $ 0,00 |
| **RETENCION FUENTE** | $ 0,00 |
| **AJUSTE AL TOTAL:** | $ 0,00 |
| **TOTAL FACTURA** | $ 4.940.000.000,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ 4.940.000.000,00 |

**SOMOS Empresa_Estatal**

AUTORIZACION FACTURA ELECTRONICA DE VENTA RESOLUCIÓN DIAN Nº. 18764096175294 DEL 29 de Julio de 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEHF734.800 AL FEHF1.200.000.



LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA] NIT [899999151-3]

DAVIVIENDA

**Facatativá**, Diciembre 29 de 2025

**DAVIVIENDA CERTIFICA QUE:**

La E.S.E Hospital San Rafael de Facatativá con Nit. 8999991513, posee una cuenta con la siguiente descripción

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | ESTADO | DENOMINACIÓN | FECHA DE APERTURA |
|---|---|---|---|---|
| 478200096988 | Ahorros | Activa | Convenio de apalancamiento Financiero 2025 | Octubre 10 de 2025 |

Queremos agradecer la confianza depositada en nuestra Organización, la cual está trabajando por el bienestar de su Compañía.

En caso de necesitar información adicional o asesoría personalizada comuníquese con su con nosotros al teléfono 3300000 Ext 2082641, donde con mucho gusto los atenderemos.

**¡Recuerde que aquí lo tiene todo!**

Cordialmente,

**FIRMA AUTORIZADA**



AD 042-6 Rev. V 2006 Nit. 860.034.313-7 / www.davivienda.com

Powered by CamScanner

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL FACATATIVA**
**CERTIFICA:**

1. Qué la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL FACATATIVA**, identificada con NIT 899.999.151 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 del 2025, como se muestra en el siguiente cuadro:

| No. AFILIADOS | TIPO PLANILLA | PLANILLA | VALOR PAGADO | FECHA LIMITE DEPAGO | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| 99 | E | 9495538412 | $291,588,700 | 12/12/2025 | 02/12/2025 |

La presente certificación se expide a solicitud de la administración, a los dos (2) días del mes de diciembre de 2025.

**RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE**
**REVISOR FISCAL**
**TP- 16873**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8C051A122CA2692C

**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 **RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 13846490 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 16873-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

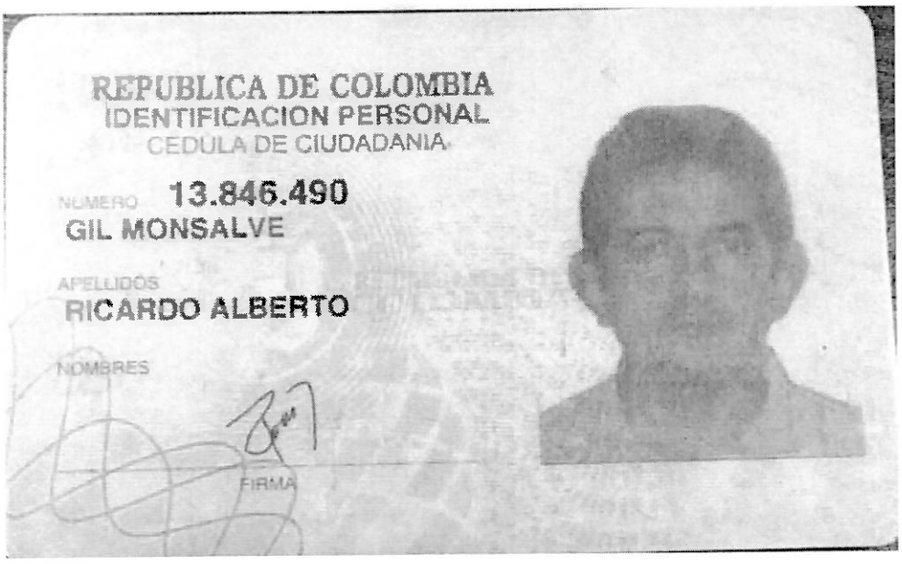
**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 25 días del mes de Noviembre 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



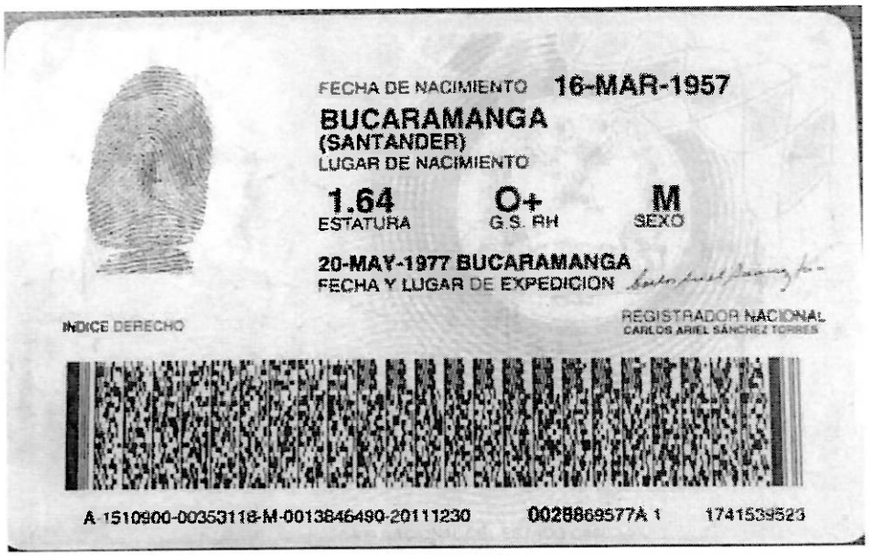
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

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 SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

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

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

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**

Identificados Plásticos S.A. 1700142/2017

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

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

**FECHA:** DIA 29 | MES 12 | AÑO 2025

Marcar sólo una opción **1. CREACIÓN** [ ] **2. ACTUALIZACIÓN** [X]

## INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| 3. SECRETARÍA / ENTIDAD: | Salud |
| ¿CUAL? | |
| 4. CONTRATO/O.T. | CONVENIO INTERAD. AÑO 2025 |
| 5. CONVENIO | SS-CD-CVI-1009-2025 AÑO 2025 |

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| 6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACTATIVA |
| 7. IDENTIFICACIÓN RUT | NIT No 899999151 D.V 3 |
| 8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL | |
| 9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL | CC Cédula de Ciudadanía No 11.203.396 D.V 3 |
| 10. DIRECCIÓN PRINCIPAL | CARRERA 2 # 1-80 |
| 11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | Cundinamarca-Facatativá |
| 12. TELÉFONO | 601 Cundinamarca - Bogot 8901915 Indicativo — 13. CELULAR 3003850229 |
| 14. CORREO ELECTRÓNICO | gerencia@hospitalfacatativa.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 | 478200096988 — 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 | CC Cédula de Ciudadanía No 79623772 |
| | La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica. |
| 20. NATURALEZA | Pública ¿CUAL? |
| 21. REGIMEN TRIBUTARIO IVA | 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 efectue 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 N° 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) | No |
| 4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique) | No |
| 5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa | Si |

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

## FIRMA

ANDRES MAURICIO GONZALEZ CAYCEDO
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

79.623.772
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

## INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

| | |
|---|---|
| 25. RAMO | |
| 26. CUENTA ARGUIADA | ¿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 | R005 Reteiva aplicable a compras 15% |
| | R007 Reteiva aplicable a servicios 15% |
| 32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL | TARIFA 1 |
| 33. ESTAMPILLAS | |
| 34. TASAS | DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5% |

**FECHA:** DIA | MES | AÑO

**PROCESADO POR:** _____

**REVISADO POR:** _____

3:11 pm
Falta Acuerdo