Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	20 de abril de 2026		
CONTRATO X CONVENIO __	No. 1230	DE FECHA: 26/02/2025	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 12		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA R/L: JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO		NIT: 820.005.389-7 C.C: 46680219
INTERVENTOR __ SUPERVISOR X	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		C.C: 40026923
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:		$75.000.000
	APORTE DEPARTAMENTO:		$ 0.00
	APORTE DE CONTRAPARTE		$ 0.00
ADICIONAL N° N/A	VALOR		$ 0.00
ADICIONAL N° N/A	VALOR		$ 0.00
VALOR TOTAL CON ADICIONES			$75.000.000
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
PRORROGA N° N/A	Tiempo: N/A	De Fecha:	N/A
PRORROGA N° N/A	Tiempo: N/A	De Fecha:	N/A
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
FECHA DE INICIACIÓN	27/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N/A	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N/A	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de diciembre de 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	30 de diciembre de 2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 1/09/2025 a 30 /12/2025		
RBPP N°	2024 00415 0343		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2069 AÑO: 2025

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, Interventor / Supervisor, y el señor (a) JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO, como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amortizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o Convenio	$75.000.000	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$20.500.000
Valor total actas pagadas		$52.500.000
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		$2.000.000
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		$0
Sumas iguales	$75.000.000	$75.000.000

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA:

No. CUENTA: 3860-6999-0425	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: X

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma:
Nombre: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: R/L: JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA

* Si se requieren se pueden adicionar más firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá
Contratación
JAIME ALEJANDRO WALTEROS
FECHA 23/04/2026

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Chiquinquirá, Abril 13 de 2026

Por medio de la presente hacemos constar que la **ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA** identificada con Nit 820.005.389-7

Posee en el Banco Davivienda

CUENTA CORRIENTE

Número	**386069990425**
Denominación	**ESE Hospital Regional de Chiquinquirá – Uso exclusivo de los recursos de prestación de servicios para la concurrencia de las acciones de vigilancia en salud Pública**
Fecha Apertura	**2024/08/30**

Cordialmente,

Sandra M Pinilla O

DAVIVIENDA
3860 - OFICINA CHIQUINQUIRA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ
Nit:820005389-7
CRA. 13 # 18-60 CENTRO CHIQUINQUIRÁ Tels. 3114527877
e-mail: gerencia@hospitalchiquinquira.gov.co
www.hospitalregionalchiquinquira.gov.co
Linea de negocio: Prestación de servicios de salud
Tipo Responsabilidad: No somos responsables de IVA
Código de Habilitación: 151760095501

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº HRC73190

FECHA FACTURA
21/04/2026 05:18 p. m.

DIAS PLAZO
0

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta.

Autorización DIAN: AUTORIZACION FACTURA ELECTRONICA DE VENTA RESOLUCIÓN DIAN Nº. 18764100743521 DEL 28 de Octubre de 2025. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL HRC1 AL HRC5.000.000.

CUFE DIAN: 634a8bdd4a91c60c791bdc4fcb273f84b6dd2810a1dfaa7590a2373a840b9689dc04deb6791d14d7229287d42adc86f7

FECHA VENCIMIENTO 21/04/2026 05:18 p. m. **ESTADO** Confirmado

CLIENTE DEPARTAMENTO DE BOYACA **NIT** 891800498 **CIUDAD** TUNJA

DIRECCION Palacio de la Torre, Calle 20 No. 9 - 90 **TELEFONO** 7420200

	CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL
1	00001	SERVICIOS DE SALUD PUBLICA PIC		1,00	$ 20.500.000,00	$ 20.500.000,00

DETALLE

TERCER PAGO CORRESPONDIENTE AL 30% LIQUIDACION DE CONVENIO SALUD PUBLICA 1230 DE 2025

SON

VEINTE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

SUBTOTAL	$20500000,00
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	$20500000,00
TOTAL A PAGAR	$20500000,00

SOMOS Empresa_Estatal

El pago de la factura se efectuara de acuerdo a lo establecido en la ley 1122 de 2007 y decreto 4747 de 2007, o las normas que lo modifiquen, para las entidades con relación
contractual además de las normas antes mencionadas los términos de pago y reconocimiento de intereses serán los determinados en la clausula forma de pago.
Vigilado Superintendencia Nacional de Salud. No somos contribuyentes, favor abstenerse de efectuar Retenciones en la Fuente.

E S E HOSPITAL REGIONAL DE
CHIQUINQUIRÁ

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ
NIT 820.005.389-7

CERTIFICA

Que, la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA** identificada con NIT No. 820.005.389-7, ha realizado el pago de los aportes a los Sistemas de Salud, Riegos Laborales, Pensión y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, desde el 01 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025 y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

La presente certificación se expide con destino a la Secretaria de Salud de Boyacá, como documento requerido para tramite de pago de liquidación del Convenio 1230 de 2025 Salud Pública 2025.

JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO
Gerente
E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá

Proyectó: Diana Scarpetta – Tesorera General

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141223597597

(415)7707212489984(8020) 000014122359759 7

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

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

41. Dirección principal
CR 13 18 60

42. Correo electrónico gerencia@hrc.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 5 8 3 3 7 5 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 1 1 0 9 0 9	8 6 9 1	2 0 1 1 0 9 0 9					3

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	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
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 61. Fecha 2025-12-03 / 11:20:37AM

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 CORTAZAR MURILLO JULIANA DEL PILAR

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: 141223597597

(415)7707212489984(8020) **000014122359759 7**

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

Vigencia

80. Desde	2 0 0 4 0 2 2 7
81. Hasta	

Composición del Capital

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	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		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141223597597

(415)7707212489984(8020) **000014122359759 7**

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

Representación

1

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

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	4 6 6 8 0 2 1 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORTAZAR	MURILLO	JULIANA	DEL PILAR

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
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141223597597

(415)7707212489984(8020) **000014122359759 7**

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	8 0 2 4 5 5 1 9		COLOMBIA 1 6 9	VARGAS	LASSO	JOHN	JAIRO				2 0 2 4 0 4 0 2	
2	Cédula de Ciudada 1 3	4 6 6 8 3 5 2 5		COLOMBIA 1 6 9	GALAN	DIAZ	INGRID	MARGARITA				2 0 2 5 0 5 1 2	
3	Cédula de Ciudada 1 3	4 0 0 2 1 7 2 0		COLOMBIA 1 6 9	RUBIANO	DIAZ	GUIOMAR	HAYDEE DEL TRANSITO				2 0 2 3 0 9 1 1	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	4 6 6 8 0 2 1 9		COLOMBIA 1 6 9	CORTAZAR	MURILLO	JULIANA	DEL PILAR				2 0 2 2 0 2 1 4	
5	Cédula de Ciudadan 1 3	5 2 0 2 1 1 4 9		COLOMBIA 1 6 9	MONROY	ORTEGON	LILIANA	DEL PILAR				2 0 2 5 1 0 2 4	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141223597597

(415)7707212489984(8020) **000014122359759 7**

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	5 3 0 3 7 3 5 8		COLOMBIA 1 6 9	MURCIA	GONZALEZ	DEGNY	AZUCENA				2 0 2 3 1 2 2 9	
2	Cédula de Ciudada 1 3	7 3 2 1 2 7 4		COLOMBIA 1 6 9	ACUÑA	APONTE	CRISTIAN	LEONARDO				2 0 2 5 0 4 2 1	
3													
4													
5													

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: 141223597597

(415)7707212489984(8020) **000014122359759 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 5 3 8 9	7	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
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 6 6 6 7 6 0 5	6	1 0 1 3 8 3 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
FERRER	PACHECO	ADRIANA	

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

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 4 0 1 0 1

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		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 2 1 0 1 2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141223597597

(415)7707212489984(8020) **000014122359759 7**

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sucursal 1 0	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: HOSPITAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6	

165. Dirección: CR 13 18 60

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 2 5 8 3 3 7 5 3		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sucursal 1 0	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: LA VICTORIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	La Victoria 4 0 1	

165. Dirección: MCP LA VICTORIA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 2 0 4 4 9 1 0 7 7		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Sucursal 1 0	Actividades de hospitales y clínicas, con internación 8 6 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SEDE SUCRE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6	

165. Dirección: CALLE 16 4 09

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 2 0 4 4 9 1 0 7 7		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	CONVENIO:	
INTERVENTORÍA:		SUPERVISIÓN	X
PARCIAL		FINAL	X

INFORME No:	6			FECHA:	20	de	ABRIL	de	2026	
PERIODO:	DEL	1	de	SEPTIEMBRE	de	2025	AL	20	de	ABRIL	de	2026

No. CONTRATO O CONVENIO	1230	DE	2025		FECHA:	26	de	FEBRERO	de	2025

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 75.000.000,00	RPC	2069
REGISTRO BP y P No.	2024 00415 0343		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA		

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 12

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Teléfono: 7420111 Dirección: Avenida Colón N° 22 A 16

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	27	02	2025

PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025
PLAZO CON ADICIONES	No aplica

FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	30	12	2025
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	30	12	2025

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	27	02	2025	
Acta parcial 01	21	08	2025	
Acta parcial 02	7	10	2025	
Acta de terminación	30	12	2025	
Acta de recibo final a satisfacción	20	04	2026	

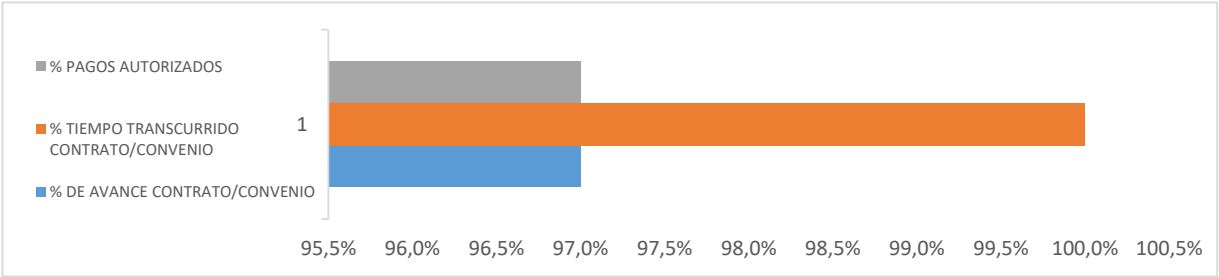
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO					
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el o los municipios de: Chiquinquirá y La Victoria, objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, la cual forma parte integral del presente.	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	X			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 9 de julio con corte a 30 de junio; segundo Informe, 8 de septiembre con corte a 31 de agosto y el tercer Informe con corte al término del contrato	Se presentó el informe de acuerdo a los lineamientos	X			
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá	Las actividades se presentan en los soportes definidos	X			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	X			
5. Apoyar el desarrollo de las estrategias de vigilancia basada en casos predefinidos para los eventos de interés en salud pública y vigilancia basada en comunidad de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	Se desarrollan las estrategias de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	X			
6. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo.	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	X			

INFORME TÉCNICO
Las actividades de Vigilancia en Salud Pública se ejecutan de acuerdo a lo definido en la Ley 715, 100, 1122, 1438 y decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social que en su Título 8 se define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Su operatividad se visualiza en la aplicabilidad a los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia y control de los eventos de interés en Salud Pública.

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**97,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**97,0%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO
Contrato en proceso de ejecución y de acuerdo a lo previsto en la CLAUSULA CUARTA: FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del contrato se pagará en actas parciales una vez se ejecuten las acciones acompañado del informe de actividades desarrolladas en el formato establecido por el sistema integrado de gestión de calidad presentadas ante el supervisor del contrato para su giro: Un 30% del valor asignado; con la presentación del primer informe de las acciones y suscripción del acta parcial 01. Un 40% con la presentación del segundo informe de las acciones y suscripción del acta parcial 02 y un 30% del valor asignado con la presentación del informe final de las acciones y suscripción del acta de liquidación.

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	3860-6999-0425	FIDUCIA No.:		BANCO:	DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	30%	21	08	2025	$ 22.500.000,00
Acta parcial 02	40%	7	10	2025	$ 30.000.000,00
Acta de recibo final a satisfacción	27%	20	04	2026	$ 20.500.000,00
TOTAL					**$ 73.000.000,00**

INFORME JURÍDICO
El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social
OBSERVACIONES:
Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Nombre y Firma Supervisor o Interventor

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

Gobernación de Boyacá	FORMATO	Versión: 1
		Código: M-GS-PP-F-128
INFORME DE GESTIÓN ACCIONES VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL		Fecha: 03/Dic/2024

MUNICIPIO	CHIQUINQUIRÁ	N° CONTRATO	1230	VALOR DEL CONTRATO	$ 53.500.000
ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA			FECHA DE INICIO	27/02/2025
				FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025

COMPONENTE	N°	ACTIVIDADES		N° DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la actualización de la caracterización de UPGD y UI en el SIVIGILA		P	1	100.000	100	100	
				E	1	100.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.		P	42	5.700.000	100	100	
				E	42	5.700.000			
	4	Realizar la búsqueda activa institucional mensual de eventos de interés en salud pública a través del SIANIESP y enviar al departamento		P	12	4.800.000	75	75	
				E	9	3.600.000			
Subsistema de análisis y divulgación	6	Reunión mensual del comité de vigilancia en salud pública COVE y socialización del protocolo de vigilancia en salud pública.		P	11	19.800.000	100	100	
				E	11	19.800.000			
	7	Elaborar informe del comportamiento epidemiológico de los EISP, coberturas de vacunación y estadísticas vitales y remitirlo a la autoridad municipal. Primer trimestre (corte a 31 de marzo) segundo trimestre (corte a 30 de junio); Tercer trimestre (corte a 30 de septiembre) y último bimensual (corte a 30 de noviembre)		P	4	4.000.000	100	100	
				E	4	4.000.000			
	8	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) y presentarlo en el COVE.		P	11	9.600.000	100	100	
				E	11	9.600.000			
Subsistema de intervención	10	Seguimiento y control epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos y protocolos del INS	Morbilidad EISP Anexo 1	4.000.000		3.180.000		80	
			Brotes EISP Anexo 2					0	
			Mortalidad EISP Anexo 3			820.000		21	
	Subtotal			4.000.000		4.000.000		100	
Subsistema de formación	11	Participar en el proceso de formación continua y entrenamiento en competencias para la vigilancia y respuesta en salud pública.		P	11	5.500.000	100	100	
				E	11	5.500.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				53.500.000		52.300.000		98%	

OBSERVACION GENERAL
1. Se revisan los soportes y se suscribe acta de recibo final a satisfacción y acta de liquidación
2. Los soportes de las actividades quedan bajo custodia de la entidad contratada
3. Las actividades de vigilancia en salud pública se deben adelantar de acuerdo a los lineamientos y protocolos vigentes.

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO	Gerente	
SOFÌA VARGAS PEÑA	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	Sofia Vargas Peña
CLARA SONIA GUERRERO BERNAL	Supervisor SESALUB	

Gobernación de Boyacá	FORMATO	Versión: 1
		Código: M-GS-PP-F-128
INFORME DE GESTIÓN ACCIONES VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL		Fecha: 03/Dic/2024

MUNICIPIO	LA VICTORIA	N° CONTRATO	1230	VALOR DEL CONTRATO	$ 21.500.000
ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA			FECHA DE INICIO	27/02/2025
				FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025

COMPONENTE	N°	ACTIVIDADES		N° DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la actualización de la caracterización de UPGD y UI en el SIVIGILA		P	1	30.000	100	100	
				E	1	30.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.		P	42	2.940.000	100	100	
				E	42	2.940.000			
	3	Realizar la notificación semanal de casos de EDA e IRA		P	42	420.000	100	100	
				E	42	420.000			
	4	Realizar la búsqueda activa institucional mensual de eventos de interés en salud pública a través del SIANIESP y enviar al departamento		P	12	1.200.000	33	33	
				E	4	400.000			
	5	Apoyar el Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores y la Encuesta de Evaluación de Coberturas (ECV), según lineamiento PAI y realizar la búsqueda activa comunitaria de EISP según lineamiento de VSP articulado a la ECV y MRV		P	2	2.000.000	100	100	
				E	2	2.000.000			
Subsistema de análisis y divulgación	6	Reunión mensual del comité de vigilancia en salud pública COVE y socialización del protocolo de vigilancia en salud pública.		P	10	3.500.000	100	100	
				E	10	3.500.000			
	7	Elaborar informe del comportamiento epidemiológico de los EISP, coberturas de vacunación y estadísticas vitales y remitirlo a la autoridad municipal. Primer trimestre (corte a 31 de marzo) segundo trimestre (corte a 30 de junio); Tercer trimestre (corte a 30 de septiembre) y último bimensual (corte a 30 de noviembre)		P	4	800.000	100	100	
				E	4	800.000			
	8	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) y presentarlo en el COVE.		P	11	800.000	100	100	
				E	11	800.000			
Análisis de la situación de la salud	9	Realizar la actualización del documento ASIS 2024 según lineamientos		P	1	3.500.000	100	100	
				E	1	3.500.000			
Subsistema de intervención	10	Seguimiento y control epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos y protocolos del INS	Morbilidad EISP Anexo 1	500.000		300.000		60	
			Brotes EISP Anexo 2					0	
			Mortalidad EISP Anexo 3			200.000		40	
	Subtotal			500.000		500.000		100	
Subsistema de formación	11	Participar en el proceso de formación continua y entrenamiento en competencias para la vigilancia y respuesta en salud pública.		P	10	1.500.000	100	100	
				E	10	1.500.000			
Vigilancia basada en comunidad VBC	12	Realizar y actualizar el registro de organizaciones de base comunitaria		P	2	400.000	100	100	
				E	2	400.000			
	13	Conformación y seguimiento a la red de la vigilancia basada en comunidad -RevCom y registro de sus integrantes al link de Agente Comunitario Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad del Instituto Nacional de Salud		P	1	500.000	100	100	
				E	1	500.000			
	14	Realizar reunión del COVECOM con el fin de: 1. Acciones de fortalecimiento y movilización social con la RevCom 2. Análisis del comportamiento de los reportes y notificación semanal de los actores comunitarios 3. Verificar canales y tiempos de reporte de situaciones de interés en salud pública		P	4	1.600.000	100	100	
				E	4	1.600.000			
	15	Realizar acción de generación de incentivo y distintivo para la RevCom		P	1	800.000	100	100	
				E	1	800.000			
	16	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de las situaciones de interés en salud pública en la vigilancia basada en comunidad		P	42	210.000	100	100	
				E	42	210.000			
	17	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de agentes (vigías y gestores) de la vigilancia basada en comunidad		P	10	800.000	100	100	
				E	10	800.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				21.500.000		20.700.000		96%	

OBSERVACION GENERAL
1. Se revisan los soportes y se suscribe acta de recibo final a satisfacción y acta de liquidación
2. Los soportes de las actividades quedan bajo custodia de la entidad contratada
3. Las actividades de vigilancia en salud pública se deben adelantar de acuerdo a los lineamientos y protocolos vigentes.

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO	Gerente	
SOFIA VARGAS PEÑA	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	Sofia Vargas Peña
CLARA SONIA GUERRERO BERNAL	Supervisor SESALUB	