| Gobernación de Cundinamarca | LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO | Código: A-GF-FR-079 |
|---|---|---|
| | | Versión: 2 |
| | GESTIÓN FINANCIERA | Fecha de Aprobación: 10/sep/2024 |

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 3

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN | FECHA :

| PARÁMETRO | RESULTADO C | RESULTADO NC | SOPORTE VERIFICACIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| ¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado? | | | FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 4 | |
| ¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico? | | | FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017- VERSIÓN 3 | |
| ¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico? | | | PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN | |
| ¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar? | | | INFORME DE ACTIVIDADES | |
| ¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista? | | | CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA | |
| ¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar? | | | SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS) | |
| ¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social? | | | SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL | |
| ¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago? | | | CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO | |
| ¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II? | | | PANTALLAZO SECOP | |
| ¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro? | | | OTROS | |

| RESULTADO |
|---|
| C: Cumple |
| NC: No cumple |

Funcionario responsable de realizar la entrega _____

Funcionario responsable de la recepción _____

07 JUL 2025

| Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA | CÓDIGO: E-GCCP-FR-033 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 06 |
| | RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS | FECHA: 04/09/2025 |

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el Manual de gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | Día | Mes | Año | FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | Día | Mes | Año | FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones) | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 16 | 7 | 2026 | | 20 | 10 | 2025 | | 31 | 12 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | SECRETARIA DE SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | R1197.B |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SS-CD-CVI-891-2025 | X | | | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON | 8600240265 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 6 9 40 SUR | gerencia@hospitaldenemocon.gov.co | 3004660546 |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO. CUIDANDO TU SALUD", Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS DEL DEPARTAMENTO. |
| CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | CLAUSULA SEPTIMA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS El valor total del presente convenio interadministrativo es de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17.724.000), de los cuales: La Secretaría de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17,724.000), que serán girados a la ESE de la siguiente manera: La Secretaría de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17.724,000), que se efectuará previa expedición del registro presupuestal, presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria para el pago de los recursos con destinación específica, paz arrastrando que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos laborales; y la presentación de la respectiva cuenta de cobro. • UN PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de octubre de 2025, por valor de OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($8.862.000) M/CTE, correspondiente al 50% del valor total del convenio, que se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria para el pago de los recursos con destinación específica, acreditando que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, seguridad social y riesgos laborales; y la presentación de la respectiva cuenta de cobro. • UN SEGUNDO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de noviembre de 2025, por valor de SIETE MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($7.089.600), M/CTE, correspondiente al 40% del valor total del convenio. • UN TERCERO Y ÚLTIMO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de diciembre de 2025, por valor de UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($1.772.400), M/CTE, correspondiente al 10% del valor total del convenio sujeto al acta de liquidación de conformidad con el Decreto Departamental 161 del 2024. PARAGRAFO PRIMERO La Empresa Social del Estado, pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del co ntrato, de conformidad con la Ley Colombiana. PARÁGRAFO SEGUNDO En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de Caja –PAC, el sistema de pago utilizado por el Departamento y será consignado a una cuenta corriente o de ahorros de las instituciones financieras que el CONTRATISTA registre en el formato titulado "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES", el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. PARÁGRAFO TERCERO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se girarán de conformidad a la forma de desembolso anteriormente descrita, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el giro correspondiente al talento humano a contratar. PARÁGRAFO CUARTO: RENDIMIENTOS FINANCIEROS. Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, toda vez que estos pertenecen al presupuesto general del departamento. Y por lo tanto están regidos en materia de rendimientos financieros, temas que nos ocupa, en el marco de la ordenanza No. 103 de 2023, el artículo No.104, así: "Rendimientos Financieros De Recursos Del Presupuesto Departamental. Los rendimientos financieros originados con recursos del Presupuesto General del Departamento, incluidos los negocios fiduciarios, son de propiedad del Departamento de Cundinamarca y estos deben ser consignados en la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda del Departamento, por las dependencias y entidades que hacen parte del Presupuesto General del Departamento, de conformidad con el procedimiento establecido por esa Dirección. Parágrafo. Las dependencias, entidades y empresas del Departamento que administren recursos del Presupuesto Departamental directamente o a través de negocios fiduciarios u otros mecanismos, también tendrán la obligación establecida en este artículo y adicionalmente deberán radicar el contrato fiduciario y sus documentos anexos a la Dirección de Tesorería; en los referidos casos se deberá incluir como miembro de los comités fiduciarios al Director de Tesorería de la secretaría de hacienda o su delegado". Y conforme lo dispuesto mediante la Resolución No 328 de 16 de marzo de 2023 "Por medio de la cual se establece el procedimiento para la consignación de los rendimientos financieros originados con recursos del Presupuesto General del Departamento, incluidos los negocios fiduciarios", expedida por la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda, la cual definió el procedimiento para efectuar la consignación de los rendimientos financieros así: "ARTÍCULO SEGUNDO. Consignación de rendimientos financieros. Las dependencias, entidades y empresas del Departamento obligadas a con signar los rendimientos financieros, conforme lo establece el artículo 104 de La Ordenanza No.103 de 2023, deberán consignar los rendimientos financieros a la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca de manera mensual. PARÁGRAFO. Los valores de los rendimientos financieros se deben consignar en la cuenta de ahorros No.47310005275I del Banco Davivienda a Nombre del Departamento de Cundinamarca". Razón por la cual, los rendimientos financieros que se generen de los recursos aportados por el Departamento de Cundinamarca al convenio, deberán consignarse mes a mes a la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda del Departamento y en cumplimiento a las indicaciones impartidas para ello. PARÁGRAFO QUINTO: APORTE DE LA E.S.E. Los aportes de la E.S.E. no cuantificados a este convenio por parte de la Empresa Social del Estado, corresponde a un aporte en especie, representados en un consultorio médico con un área mínima de diez (10) metros cuadrados, el cual está debidamente dotado con: equipamiento biomédico conforme a los estándares técnicos requeridos para la atención médica, mobiliario médico adecuado para consulta y procedimientos básicos, sistema de información para la elaboración, almacenamiento y consulta de historias clínicas electrónicas y manuales conforme a la normatividad vigente, equipos de cómputo funcionales y actualizados, como también la selección y contratación del talento humano que cumpla con los requisitos de la Resolución 3100 de 2019. |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 1-0600 | NOMBRE DEL FONDO | Recurso Ordinario | VALOR DEL PAGO | $1.772.400 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 3 | DE 3 | BANCO | Bancolombia | |
| CUENTA N° | | 33294844461 | | Ahorros | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $17.724.000 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | VALOR ANTICIPADO | $0 |
| | | VALOR DEL ANTICIPO | $0 |
| | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $0 |
| ADICIÓN DEPARTAMENTO | $0 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $0 |
| | | SALDO AMORTIZACIÓN | $0 |
| | | VALOR BRUTO A PAGAR | $1.772.400 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $17.724.000 |
| TOTAL | $17.724.000 | SALDO POR EJECUTAR | $0 |

| REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA | | | | CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC | DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA | |
| 16 | 10 | 2025 | 4600032217 | 6 | 7 | 2026 | OLGA LUCIA ACOSTA RINCON | |

| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | | | FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | # INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | Del | | | Al | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| SI | X | | | 16 | 7 | 2026 | 3 | | 1 | 12 | 2025 | 31 | 12 | 2025 |
| NO | | | | | | | | | | | | | | |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | Terminación Anticipada | | Cambio de supervisión | | Embargo | | No aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES (si se requiere) | N/A |
|---|---|

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | ROGER MADARIAGA ARAUJO | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | ASESOR GRADO 07 SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

## E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

**NIT: 860024026 - 5**

**Codigo Habilitación No. 254860003701**

**Carrera 6 N° 9 - 40 Sur**

FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN N° 18764102594831 de Diciembre 04 de 2025 del No. HSVN 784002 al HSVN 829002 vigencia 24 meses. No somos grandes contribuyentes.



**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSVN802729**

**Fecha Expedición: 07/07/2026 10:04:00**

**Fecha Generación: 07/07/2026 11:47:00**

**Fecha Vencimiento: 06/08/2026**

**SERVICIO: CONSULTA EXTERNA**

**Empresa:** SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Nit:** 899999113-3

**Contrato:** CONV INT SS-CD-CVI-891-2025 **Autorización:** Sin Autorizacion **F. Autorización:**

**Paciente:** DE NEMOCON HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL **Tipo / No. Documento:** CC 001 **Edad:** 26 A 1 M 27 D
**Estrato:** Particular **T. Usuario:** Particular **Dirección:** nemocon **Telefono:** 00000

**Ingreso:** 2026-07-07 10:04 **Egreso:** 2026-07-07 10:04 **Dx Egreso:**

Sin Profesional Sin Consultorio

| Codigo CUP | Procedimiento | Vr Proced | Cant | Vr Copago | Vr Empresa | SubTotal |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SERVICIOS PRESTADOS EN : CONSULTA EXTERNA | | | | | |
| Ninguno | | | | | | |
| 1011 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-891-2025 | 1,772,400.00 | 1.00 | 0.00 | 1,772,400.00 | 1,772,400.00 |
| | TOTAL SERVICIOS PRESTADOS EN : CONSULTA EXTERNA | | | | | 1,772,400.00 |

**No de Recibo:** 0

| | |
|---|---|
| **Vr. Total Servicios Prestado:** | **1,772,400.00** |
| **Copago a realizar por el paciente:** | **0.00** |
| **Cuota Moderadora:** | **0.00** |
| **Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable:** | **1,772,400.00** |

**Vr Empresa:** UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

**Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable** **Firma Cajero** **Autorizado Por**

**Usuario que Elabora:** TATIANA LEYVA CASALLAS **Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2**



CUFE: 1ddc170f1ac43b930d8d860d9671c68c5cade81b23a8f647169e0aab9645946dbd7f6b6c3b82de39b72e5c5f3c2403d7

Gobernación de Cundinamarca

**HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO A LAS OBLIGACIONES PACTADAS PARA LOS CONVENIOS SUSCRITOS CON LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

| | |
|---|---|
| No. DEL CONVENIO | SS-CD-CVI-891-2025 |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN |
| OBJETO | AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS DEL DEPARTAMENTO. |
| VALOR | UN MILLÓN SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($1.772.400). |
| No. DEL INFORME | 03 |
| PERIODO DEL INFORME | 01 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | ROGER MADARIAGA ARAUJO |

| No. | ACTIVIDADES PACTADAS | ACTIVIDADES DESARROLLADAS | EVIDENCIAS ADJUNTAS |
|---|---|---|---|
| 1 | Suscribir acta de inicio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio. | **OCTUBRE:** Se firma por las partes y se suscribe acta de inicio del convenio dentro de los tiempos estipulados. Se firma acta de inicio el 20 de octubre de 2025.<br>**NOVIEMBRE:** Se firma por las partes y se suscribe acta de inicio del convenio dentro de los tiempos estipulados. Se firma acta de inicio el 20 de octubre de 2025.<br>**DICIEMBRE:** Se firma por las partes y se suscribe acta de inicio del convenio dentro de los tiempos estipulados. Se firma acta de inicio el 20 de octubre de 2025. | **OCTUBRE:** Acta de inicio firmada.<br>**NOVIEMBRE:** Acta de inicio firmada.<br>**DICIEMBRE:** Acta de inicio firmada. |
| 2 | Aportar Certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo exclusivo 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. | **OCTUBRE:** Se aporta certificación de apertura de cuenta bancaria con fecha del 01 de diciembre de 2025. Bancolombia, Cuenta de ahorros N° 332-948444-61.<br>**NOVIEMBRE:** Se aporta certificación de apertura de cuenta bancaria con fecha del 01 de diciembre de 2025. Bancolombia, Cuenta de ahorros N° 332-948444-61.<br>**DICIEMBRE:** Se aporta certificación bancaria del 02 de julio de 2026 con fecha de apertura del 01 de diciembre de 2025. Bancolombia, Cuenta de ahorros N° 332-948444-61. | **OCTUBRE:** Certificación bancaria del 01 de diciembre de 2025.<br>**NOVIEMBRE:** Certificación bancaria del 01 de diciembre de 2025.<br>**DICIEMBRE:** Certificación bancaria del 02 de julio de 2026. |
| 3 | Aportar para efectos del giro de los recursos, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales cuando | **OCTUBRE:** Se aporta certificación de pago de aportes al SGSS y parafiscales con fecha del 06 de noviembre de 2025 firmada por LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ (Gerente encargada) y OLGA LUCIA ACOSTA RINCON (Contador).<br>**NOVIEMBRE:** Se aporta certificación de pago de aportes al | **OCTUBRE:** Certificación firmada del 06 de noviembre de 2025.<br>**NOVIEMBRE:** Certificación firmada del 05 de diciembre de 2025.<br>**DICIEMBRE:** Certificación firmada del 05 de diciembre de 2025 y del 06 de julio de 2026. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | a ello haya lugar de la Empresa Social del Estado. | SGSS y parafiscales con fecha del 05 de diciembre de 2025 firmada por PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ (Gerente) y OLGA LUCIA ACOSTA RINCON (Contador).<br>**DICIEMBRE:** Se aporta certificación de pago de aportes al SGSS y parafiscales con fecha del 05 de diciembre de 2025 y 06 de julio de 2026 firmadas por PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ (Gerente) y OLGA LUCIA ACOSTA RINCON (Contador). | |
| 4 | Aportar constancia de habilitación que soporte los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud, previa viabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios. | **OCTUBRE:** Se aporta constancia de habilitación que soporta los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia.<br>**NOVIEMBRE:** Se aporta constancia de habilitación que soporta los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia.<br>**DICIEMBRE:** Se aporta constancia de habilitación que soporta los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia con fecha del 30 de diciembre de 2025. | **OCTUBRE:** Constancia de habilitación. Informe de ejecución de la ESE.<br>**NOVIEMBRE:** Constancia de habilitación. Informe de ejecución de la ESE.<br>**DICIEMBRE:** Constancia de habilitación. Informe de ejecución de la ESE. |
| 5 | Presentar certificación del gerente de la ESE donde conste que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio en los horarios y modalidades establecidas y la habilitación de los servicios de especialidades de medicina interna, pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de Jornadas en salud. | **OCTUBRE:** Se certifica que la ESE cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios de M. Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia.<br>**NOVIEMBRE:** Se certifica que la ESE cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios de M. Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia.<br>**DICIEMBRE:** Se certifica que la ESE cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios de M. Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia; certificación firmada por Gerente con fecha del 30 de diciembre de 2025. | **OCTUBRE:** Certificación en informe de ejecución firmado por Gerente.<br>**NOVIEMBRE:** Certificación en informe de ejecución firmado por Gerente.<br>**DICIEMBRE:** Certificación firmada por Gerente. |
| 6 | Informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio de en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud de acuerdo con el Programa Territorial de Reorganización, rediseño y modernización de la Red Departamental | **OCTUBRE:** La ESE se encuentra en proceso de recepción, revisión y selección de hojas de vida y proceso de contratación de los especialistas en Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud.<br>**NOVIEMBRE:** A la fecha se tiene contratación de profesional en Ginecobstetricia, Medicina interna y Pediatría. CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO (Pediatría) Contrato N° 427-2025, JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ (Ginecoobstetra) Contrato N° 429-2025 y OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO (Medicina Interna) Contrato N° 428-2025 en la modalidad de jornadas en salud. | **OCTUBRE:** Informe de ejecución presentado por la ESE.<br>**NOVIEMBRE:** Informe de ejecución presentado por la ESE y contratos.<br>**DICIEMBRE:** Certificación firmada por Gerente y contratos de especialidades. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | de Salud. | **DICIEMBRE:** Se presenta relación de talento humano contratado. Para la ejecución del convenio se contrató profesional en Ginecobstetricia, Medicina interna y Pediatría. CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO (Pediatría) Contrato N° 427-2025, JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ (Ginecoobstetricia) Contrato N° 429-2025 y OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO (Medicina Interna) Contrato N° 428-2025 en la modalidad de jornadas en salud. | |
| 7 | Remitir al supervisor del convenio las agendas de programación del servicio de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de Jornadas en salud; la relación de los usuarios atendidos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia y la producción de las sedes respectivas, al igual que los soportes de los pagos realizados. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** A la fecha se tienen establecidas fechas de las jornadas para las especialidades de Ginecobstetricia, Medicina interna y Pediatria las cuales se relacionan a continuación: Ginecobstetricia Profesional: JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ 20 de noviembre de 2025 21 de noviembre de 2025 25 de noviembre de 2025 27 de noviembre de 2025 Personas atendidas: 43 Pediatría Profesional: CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO 19 de noviembre de 2025 01 de diciembre de 2025 03 de diciembre de 2025 05 de diciembre de 2025 Personas atendidas:18 Medicina Interna Profesional: OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO 24 de noviembre de 2025 27 de noviembre de 2025 01 de diciembre de 2025 04 de diciembre de 2025 Personas atendidas: 31<br>**DICIEMBRE:** Se presenta al supervisor del convenio las agendas de las especialidades con informe de producción y relación de usuarios atendidos. Certificación firmada por Gerente con fecha del 30 de diciembre de 2025. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** Informe de ejecución presentado por la ESE.<br>**DICIEMBRE:** Certificación de agendas con fecha del 30 de diciembre de 2025 con informe de producción consolidado y relación de usuarios atendidos. |
| 8 | Adelantar las acciones administrativas y financieras que considere pertinentes y necesarias para el cumplimiento de las normas legales que rigen la materia y las obligaciones estipuladas en el convenio, con el fin de garantizar la correcta inversión de los recursos. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Se adelantaron oportunamente las acciones administrativas y financieras necesarias, conforme a la normatividad legal vigente y a las obligaciones establecidas en el convenio, con el fin de garantizar la adecuada, eficiente y transparente inversión de los recursos (Acuerdo de incorporación de recursos, informes de seguimiento y supervisión, pagos a especialidades). | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Acuerdo de Incorporación de Recursos y CONFIS, soporte de pago contratos (facturas o cuentas de cobro, informe de actividades, informe de supervisor autorizando pagos del contrato, planilla de aportes a seguridad social y comprobantes de egreso). |
| 9 | Presentar informes al supervisor del convenio sobre los | **OCTUBRE:** Se presenta informe de ejecución/avance del convenio correspondiente a la primera | **OCTUBRE:** Informe de ejecución presentado por la ESE. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | avances en la ejecución, con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo. | entrega.<br>**NOVIEMBRE:** Se presenta informe de ejecución/avance del convenio correspondiente a la segunda entrega.<br>**DICIEMBRE:** Se presenta informe mensual al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, anexando los soportes correspondientes para el adecuado seguimiento y control del convenio. Para este caso el correspondiente a la tercera entrega. | **NOVIEMBRE:** Informe de ejecución presentado por la ESE.<br>**DICIEMBRE:** Informe de ejecución técnica y financiera presentado por la ESE. |
| 10 | Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual a fin de proceder a su liquidación. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** La ESE presenta informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual a fin de proceder a su liquidación. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Informe final técnico y financiero de la ESE de la ejecución del convenio. |
| 11 | Evaluación del Personal Contratado: Verificar que el talento humano contratado cumpla con los requisitos de idoneidad y calificación necesarios, así como con las condiciones técnicas y éticas exigidas. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Se implementaron mecanismos de verificación y evaluación del talento humano vinculado a la ejecución del convenio, con el fin de constatar el cumplimiento de los requisitos de idoneidad, formación académica, experiencia especifica, competencias técnicas y comportamiento ético-profesional exigidos, de conformidad con las disposiciones legales y técnicas aplicables. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Informe de ejecución técnica y financiera presentado por la ESE. |
| 12 | Acompañamiento Técnico: Brindar asesoría técnica y profesional en la implementación del programa, asegurando que se sigan las mejores prácticas en la atención médica. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Se brindó acompañamiento técnico y profesional permanente durante la implementación del programa, garantizando la aplicación de lineamientos técnicos, protocolos vigentes y mejores prácticas en la prestación de los servicios de atención en salud, conforme a la normatividad aplicable. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Certificación firmada por Gerente de la ESE de aseguramiento de la calidad y la capacitación y formación de los profesionales. |
| 13 | Revisión de Informes: Solicitar y revisar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Se solicitaron y revisaron mensualmente los informes de actividades de los especialistas contratados por parte del supervisor asignado verificando el avance de la ejecución del servicio y la utilización de los recursos. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Informe de ejecución técnica y financiera presentado por la ESE. |
| 14 | Radicación de Informes: radicar | **OCTUBRE:** Se presenta informe de ejecución/avance del convenio | **OCTUBRE:** Informe de ejecución presentado por la |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio. | correspondiente a la primera entrega.<br>**NOVIEMBRE:** Se presenta informe de ejecución/avance del convenio correspondiente a la segunda entrega.<br>**DICIEMBRE:** Se presentó informe mensual al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, anexando los soportes correspondientes para el adecuado seguimiento y control del convenio. | ESE.<br>**NOVIEMBRE:** Informe de ejecución presentado por la ESE.<br>**DICIEMBRE:** Informe de ejecución técnica y financiera presentado por la ESE. |
| 15 | Coordinación de Acciones: Facilitar la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio de salud, asegurando un flujo de información eficiente y la resolución oportuna de problemas. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Se facilita la coordinación operativa entre los diferentes actores involucrados en la ejecución del presente convenio, garantizando un flujo de información oportuno, veraz y eficiente, así como la articulación de acciones necesarias para la identificación, gestión y resolución oportuna de situaciones que puedan afectar la ejecución del convenio. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Informe final técnico y financiero de la ejecución del convenio. |
| 16 | Supervisar el uso adecuado de los recursos asignados, asegurando que estos sean empleados estrictamente para los fines estipulados en el convenio. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** La ESE administró y utilizó de manera adecuada, eficiente y transparente los recursos entregados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, destinándolos única y exclusivamente a la ejecución del convenio CD-CVI-891-2025, y absteniéndose de emplearlos para fines distintos a los aquí establecidos. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Informe de ejecución técnica y financiera presentado por la ESE. |
| 17 | Establecer y supervisar un mecanismo para la atención de quejas y reclamos de los usuarios sobre la calidad de los servicios médicos prestados, promoviendo una atención más humanizada, además de Medir y evaluar los resultados de la prestación de servicios de salud, analizando el impacto en la comunidad y proponiendo ajustes si fuera necesario para mejorar la calidad y efectividad de los servicios. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** La ESE implementa y verifica el mecanismo para la atención de quejas y reclamos, evidenciando que durante la ejecución del convenio no se presentaron PQRD. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Formato de PQRD del 30 de diciembre de 2025. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 18 | Mantener informada a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados en la ejecución del convenio, así como sobre cualquier incidente que pueda afectar la calidad de la atención. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** La E.S.E. mantuvo informada a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados derivados de la ejecución del convenio y reportó oportunamente cualquier situación o incidente que pudiera afectar la calidad de la atención, garantizando un flujo de información transparente y continuo que facilitó la toma de decisiones y el seguimiento efectivo del programa. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** Informe de ejecución técnica y financiera presentado por la ESE. |
| 19 | Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** No aplicó para el periodo en mención. | **OCTUBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**NOVIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención.<br>**DICIEMBRE:** No aplica para el periodo en mención. |

**SUPERVISOR DEL CONVENIO SS-CD-CVI-891-2025**

**ROGER MADARIAGA ARAUJO**
Supervisor del convenio SS-CD-CVI-891-2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN
NIT 860.024.026-5

Nemocón 22 diciembre de 2025

**INFORME FINAL DE EJECUCIÓN**

**CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-891-2025**
**MÉDICO EN TU TERRITORIO**

**ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON**

**OBJETO DEL CONVENIO:**

AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS.

**ALCANCE:**

Priorizar el municipio de Nemocón con el fin de garantizar la atención especializada según las necesidades identificadas en cada territorio por lo cual es un programa que se articula con los equipos de salud locales con el fin de identificar las personas con riesgo para que sean evaluadas por el médico especialista en áreas como medicina interna, pediatría y ginecobstetricia a través de la modalidad de Jornadas de Salud, asegurando un impacto con acceso equitativo a servicios de salud especializada, mejorando los indicadores de salud pública, como la reducción en mortalidad infantil, control de enfermedades crónicas y mejoramiento de la salud materno infantil, ampliación en la cobertura de atención médica especializada y fortalecimiento del sistema de salud local.

| | |
|---|---|
| Fecha de acta de inicio | 06 de octubre de 2025 |
| Numero de convenio | SS-CD-CVI-891-2025 |
| Valor de contrato | $17,724,000 |
| Fecha final de ejecución | 31 de diciembre de 2025 |

## CUADRO DE APALANCAMIENTO O FINANCIAMIENTO

| REGIÓN DE SALUD | E.S.E | SEDE | TIPOLOGIA | ESTRATEGIA JORNADAS DE SALUD | DESEMBOLSOS | | VALOR TOTAL PROGRAMAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SABANA CENTRO | E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON | E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON | PP4 | SI | PRIMER PAGO | $ 8.862.000 | $ 17.724.000 |
| | | | | | SEGUNDO PAGO | $ 7.089.600 | |
| | | | | | TERCER PAGO | $ 1.772.400 | |

## 1. DESCRIPCIÓN DE ESTADO HABILITACIÓN DEL SERVICIO Y HORARIOS DE ATENCIÓN

Los servicios de especialidades médicas (Pediatría, Medicina Interna y Ginecobstetricia) se ofrecen mediante jornadas de salud, modalidad habilitada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Estos servicios cumplen con los criterios establecidos en el convenio y se desarrollan según un cronograma predefinido.

***AGENDA DE PROGRAMACIÓN CONSOLIDADA***

| ESPECIALISTA | FECHA | LUGAR |
|---|---|---|
| PEDIATRIA | 19 DE NOVIEMBRE | vda CERRO VERDE |
| GINECOLOGIA | 20 DE NOVIEMBRE | vda SUSATA |
| GINECOLOGIA | 21 DE NOVIEMBRE | vda PATIO BONITO |
| MEDICINA INTERNA | 24 DE NOVIEMBRE | barrio centroCOLISEO |
| GINECOLOGIA | 25 DE NOVIEMBRE | vda CONDALIAS |
| GINECOLOGIA | 27 DE NOVIEMBRE | FLORES EL PROGRESO |
| MEDICINA INTERNA | 27 DE NOVIEMBRE | vda ORATORIO |
| MEDICINA INTERNA | 1 DE DICIEMBRE | vda PATIO BONITO |
| PEDIATRIA | 1 DE DICIEMBRE | |
| PEDIATRIA | 3 DE DICIEMBRE | vda SUSATA |
| MEDICINA INTERNA | 4 DE DICIEMBRE | vda CHECUA |
| PEDIATRIA | 5 DE DICIEMBRE | sector EL PLAN |

4 Jornadas de Pediatría
4 Jornadas de Medicina Interna
4 Jornadas de Ginecología
Las doce (12) jornadas programadas fueron ejecutadas en su totalidad, correspondientes al 100 % de la meta contractual.

## 2. EJECUCIÓN FINANCIERA - RELACIÓN DE TALENTO HUMANO POR MODALIDAD DE PRESTACIÒN DE SERVICIOS DEL CONVENIO

Durante la ejecución del convenio Médico en tu Territorio se desarrollaron las actividades programadas en el cronograma operativo, garantizando la presencia del talento humano requerido para la prestación de los servicios especializados. En total se llevaron a cabo **doce (12) jornadas de atención**, contando con profesionales de pediatría, ginecología y medicina interna, en cumplimiento de los lineamientos técnicos y contractuales del convenio. Estas jornadas aseguraron la oferta de servicios especializados a la población priorizada del municipio, fortaleciendo la accesibilidad, oportunidad y resolutividad contempladas en la operación, para un cumplimiento de meta del **100 %.**

***Talento humano necesario NOVIEMBRE***

| Fecha de la jornada | Especialidad | Nombre del Contratista | N° Contrato |
|---|---|---|---|
| 19 DE NOVIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | CTO 427 |
| 20 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | CTO 429 |
| 21 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | CTO 429 |
| 24 DE NOVIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | CTO 428 |
| 25 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | CTO 429 |
| 27 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | CTO 429 |
| 27 DE NOVIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | CTO 428 |

***Talento humano necesario diciembre***

| Fecha de la jornada | Especialidad | Nombre del Contratista | N° Contrato |
|---|---|---|---|
| 01 DE DICIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | CTO 427 |
| 01 DE DICIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | CTO 428 |
| 03 DE DICIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | CTO 427 |
| 04 DE DICIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | CTO 429 |
| 05 DE DICIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | CTO 427 |

El personal especializado ha sido rigurosamente evaluado por el líder de talento humano, garantizando el cumplimiento de los requisitos de idoneidad y calificación necesarios, así como las condiciones técnicas y éticas exigidas.

El acompañamiento técnico durante las jornadas de salud se ha garantizado mediante la presencia de la Coordinación de Salud Pública de la ESE Hospital San Vicente de Paul de Nemocón y las gestoras (auxiliares de enfermería), asegurando no solo la implementación efectiva del programa, sino también el estricto cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. Este equipo proporciona asesoría técnica y profesional, garantizando la adhesión a las mejores prácticas en la atención médica y la aplicación de protocolos clínicos actualizados. Su labor abarca la educación en salud personalizada a cada paciente, el mantenimiento de un entorno clínico limpio y ordenado, el manejo adecuado de equipos médicos, el apoyo administrativo a los especialistas, la tramitación de formularios de afiliación y apertura de historias clínicas, la revisión y generación de facturas, y la recepción y orientación de usuarios. Estas actividades integrales, realizadas con un enfoque en la calidad, aseguran la correcta ejecución de los protocolos clínicos, la optimización de la experiencia del paciente y la mejora continua de los servicios ofrecidos.

***2.1 INFORME FINANCIERO INGRESOS Y EGRESOS POR MES***

A la fecha, la gestión de los recursos financieros del convenio se ejecutó conforme a las disposiciones contractuales, garantizando la trazabilidad, transparencia y destinación específica de los mismos.

Se implementaron mecanismos de control y seguimiento en articulación con la supervisión del convenio, soportados en la documentación financiera correspondiente.

En el marco de la ejecución financiera, la Secretaría de Salud de Cundinamarca realizó el **giro de los recursos del convenio el día 18 de diciembre de 2025**, por los valores de **OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($8.862.000)** y **SIETE MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($7.089.600)**, para un **total girado de $15.951.600**, recursos que fueron incorporados y registrados en la contabilidad institucional conforme a los procedimientos financieros vigentes, quedando pendiente ultimo desembolso por $1,772,400.

## 3. DESCRIPCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DE LA MODALIDAD DE SERVICIO PRESTADA

Durante el mes de diciembre se llevaron a cabo jornadas de salud con la participación de las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Pediatría, orientadas a atender de manera prioritaria a sectores con mayores necesidades y con limitada disponibilidad de servicios médicos. Estas intervenciones se desarrollaron en comunidades con barreras geográficas, económicas y sociales que dificultan el acceso oportuno a la atención en salud, lo que permitió acercar la oferta de servicios especializados a su propio territorio.

La ejecución de estas jornadas no solo brindó atención médica integral, sino que también contribuyó a la detección temprana de enfermedades, al seguimiento de patologías crónicas y a la orientación en hábitos de vida saludables. El impacto fue especialmente significativo en poblaciones vulnerables, como mujeres en edad fértil, niños y personas adultas mayores, quienes pudieron recibir valoración especializada sin incurrir en gastos de desplazamiento ni enfrentar largos tiempos de espera.

Este acercamiento fortaleció el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, generando confianza, promoviendo la prevención y fomentando una cultura de autocuidado. Además, se logró identificar necesidades específicas que servirán como insumo para la planificación de futuras intervenciones, asegurando así una respuesta más ajustada a la realidad y a las prioridades sanitarias de cada territorio.

**Ginecología:**
Se priorizó la atención a mujeres gestantes y mujeres en edad fértil identificadas durante la caracterización territorial de APS y EBS. Las valoraciones permitieron realizar controles especializados, seguimiento a signos de alarma obstétrica y abordaje oportuno de factores de riesgo perinatal. Este proceso contribuyó a la prevención de complicaciones maternas y a la disminución del riesgo de morbilidad severa.

**Medicina Interna:**
La atención se enfocó principalmente en adultos y adultos mayores con patologías crónicas previamente identificadas en los microterritorios rurales, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y procesos degenerativos. Las valoraciones facilitaron el ajuste de tratamientos, seguimiento clínico especializado y educación para el autocontrol de su condición, mejorando la adherencia terapéutica.

**Pediatría:**
La intervención incluyó a niños y niñas residentes en los microterritorios priorizados, garantizando seguimiento integral a menores con condiciones respiratorias,

dermatológicas, gastrointestinales y alteraciones del desarrollo. Las valoraciones permitieron un abordaje oportuno, orientación a los cuidadores y detección temprana de signos de alerta que requieren continuidad del cuidado.

Atenciones en Noviembre

| Fecha de la Jornada | Especialidad | Nombre Completo | N° consultas |
|---|---|---|---|
| 19 DE NOVIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | 18 |
| 20 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | 11 |
| 21 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | 12 |
| 24 DE NOVIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | 12 |
| 25 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | 10 |
| 27 DE NOVIEMBRE | GINECOLOGÍA | JEREMIAS CASAS RODRIGUEZ | 10 |
| 27 DE NOVIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | 19 |

Atenciones en Diciembre

| Fecha de la Jornada | Especialidad | Nombre Completo | N° consultas |
|---|---|---|---|
| 01 DE DICIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | 18 |
| 01 DE DICIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | 14 |
| 03 DE DICIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | 13 |
| 04 DE DICIEMBRE | MEDICINA INTERNA | OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO | 12 |
| 05 DE DICIEMBRE | PEDIATRIA | CLAUDIA CECILIA LONDOÑO CARREÑO | 12 |

Durante el periodo evaluado de noviembre y diciembre se alcanzó el desarrollo de 12 jornadas de salud de las 12 programadas para el total de la ejecución, lo cual corresponde al 100 %. El cumplimiento logrado hasta la fecha es coherente con la fase de avance del convenio y permite concluir que la ejecución operativa se mantiene en tiempo y forma.

Es importante resaltar la disposición y la prestación de servicio humanizado por los especialistas.

**ANALISIS**

El presente **informe final** consolida las actividades ejecutadas por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Nemocón en el marco del Convenio Interadministrativo SS-CD-CVI-891-2025, orientado a acercar la oferta de especialidades médicas prioritarias a los diferentes microterritorios del municipio, mediante jornadas extramurales organizadas bajo un enfoque territorial, diferencial y de garantía del derecho a la salud.

La ejecución operativa del convenio se desarrolló entre el **06 de octubre y el 05 de diciembre de 2025**, dentro de la vigencia contractual que se extiende hasta el **31 de diciembre de 2025**, alcanzando el **100 %** de las jornadas programadas y cumpliendo integralmente con lo establecido en el objeto contractual.

**2. Objeto del Convenio**

Fortalecer el acceso a servicios de salud especializados para la población del municipio de Nemocón, a través de la ejecución de **doce (12) jornadas extramurales** en los microterritorios priorizados, correspondientes a las especialidades de:

- **Pediatría**
- **Ginecología**
- **Medicina Interna**

**3. Desarrollo Metodológico**

Las jornadas fueron planificadas, coordinadas y ejecutadas en articulación con:

- Líderes comunitarios
- Equipos Básicos de Salud – EBS
- Coordinación de Salud Pública de la ESE
- Subgerencia Científica
- Coordinación de Agenda y Logística de la E.S.E.

Cada jornada incluyó:

1. Verificación de condiciones del punto de atención.
2. Organización de listado de pacientes priorizados por riesgo.
3. Acompañamiento de auxiliares y personal de apoyo.
4. Registro clínico y reporte administrativo.
5. Consolidación de atenciones en bases oficiales de la E.S.E.

**4. Resultados: Jornadas Ejecutadas**

Las doce jornadas se llevaron a cabo en **siete microterritorios:** Cerro Verde, Susatá, Patio Bonito, Centro, Flores–Progreso, Oratorio y El Plan, logrando cobertura rural y urbana en el ámbito comunitario y empresarial

**Tabla 1. Jornadas ejecutadas por fecha, territorio y especialidad**

| Fecha de la jornada | Microterritorio / Lugar | Especialidad | N.° Consultas |
|---|---|---|---|
| 19 de noviembre | Cerro Verde | Pediatría | 18 |
| 20 de noviembre | Susatá | Ginecología | 11 |
| 21 de noviembre | Patio Bonito | Ginecología | 12 |
| 24 de noviembre | Centro | Medicina Interna | 12 |
| 25 de noviembre | Centro | Ginecología | 10 |
| 27 de noviembre | Flores – El Progreso | Ginecología | 10 |
| 27 de noviembre | Oratorio | Medicina Interna | 19 |
| 01 de diciembre | Patio Bonito | Pediatría | 18 |
| 01 de diciembre | Patio Bonito | Medicina Interna | 14 |
| 03 de diciembre | Susatá | Pediatría | 13 |
| 04 de diciembre | Checua | Medicina Interna | 12 |
| 05 de diciembre | El Plan | Pediatría | 12 |

**5. Totales Consolidados**

**Tabla 2. Atenciones por especialidad**

| Especialidad | N.° Jornadas | Consultas Realizadas |
|---|---|---|
| **Pediatría** | 4 | **61** |
| **Ginecología** | 4 | **43** |
| **Medicina Interna** | 4 | **57** |
| **TOTAL GENERAL** | **12** | **161** |

## 6. Indicadores de Impacto

### 6.1. Acceso Territorial

- **100% de los microterritorios priorizados** recibieron al menos una visita especializada.
- Se garantizó atención presencial en zonas rurales con barreras de acceso histórico: Cerro Verde, Susatá, Flores–El Progreso, Oratorio y El Plan.

### 6.2. Resolutividad del Servicio

- El **97% de las consultas** terminó con plan de manejo claro.
- El **83%** de los usuarios con patologías crónicas fueron canalizados a control continuo con EBS y Medicina General.
- Se redujo el tiempo de espera para especialidades de 3–4 meses a **menos de 15 días** en población priorizada.

### 6.3. Enfoque diferencial

- 41% de la población atendida corresponde a **menores de 12 años** (Pediatría).
- 26% a mujeres con necesidades de salud sexual y reproductiva (Ginecología).
- 33% a adultos con enfermedades crónicas o multimorbilidad (Medicina Interna).

### 6.4. Cumplimiento del Convenio

| Ítem | % de Ejecución |
|---|---|
| Jornadas planeadas vs. ejecutadas | 100% |
| Especialidades contratadas | 100% |
| Cobertura territorial | 100% |
| Actividades administrativas y reportes | 100% |

## 7. Ejecución Financiera

- **Valor por jornada:** $1.477.000
- **Número de jornadas ejecutadas:** 12
- **Valor total ejecutado: $17.724.000**

La ejecución financiera corresponde al **100% del valor del convenio**, acorde con la totalidad de jornadas realizadas.

**8. Conclusiones**

1. Se cumplió en su totalidad el objeto del convenio, garantizando 12 jornadas de especialidades en salud para los territorios priorizados.
2. El modelo extramural permitió reducir brechas de acceso y fortalecer la continuidad del cuidado en población vulnerable.
3. La respuesta comunitaria fue positiva, con alta demanda y adherencia a las jornadas.
4. La E.S.E. demostró capacidad técnica, operativa y administrativa para ejecutar la estrategia Médico en tu Territorio con alta calidad.
5. Se recomienda continuar el modelo como mecanismo permanente de acceso especializado.

El presente informe final se presenta para efectos de cierre técnico, administrativo y contractual del convenio

Cordialmente,

***PAOLA ANDREA ECHEVERRI GÓMEZ***
*GERENTE*
*ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON*

*Proyecto: Adriana Marcela Cortés – Coordinador Salud Publica*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN
NIT 860.024.026-5

HOSPITAL DE NEMOCÓN con corazón

**LAS SUSCRITAS GERENTE Y CONTADORA DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON**

**C E R T I F I C A N:**

Que, la **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON**, con NIT. 860.024.026-5, según los Estados Financieros de la ESE realizó el pago de los Aportes para salud, pensión, Riesgos Laborales ARL y los Aportes Parafiscales de CCF, ICBF y SENA correspondientes al mes de **JUNIO DE 2026** (pensión junio - salud julio 2026) los cuales corresponden a los montos contabilizados y pagados el día 06 de julio de 2026, según planilla Nro. 9507597518 adjunta.

La presente se expide a los seis (06) días del mes de julio de 2026

**PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ**
Gerente

**OLGA LUCIA ACOSTA RINCON**
Contador

Proyecto: Gloria Montaño P/Tesorería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 38.879.063

ECHEVERRI GOMEZ

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1976

BUGA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.65 | B- | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

31-OCT-1994 BUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3102200-00155536-F-0038879063-20090504 0011194726A 1 3080100946

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1 2 E F 6 5 6 0 0 7 E B D D C 3

**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 **OLGA LUCIA ACOSTA RINCON** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 20759297 de NEMOCON (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 135745-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

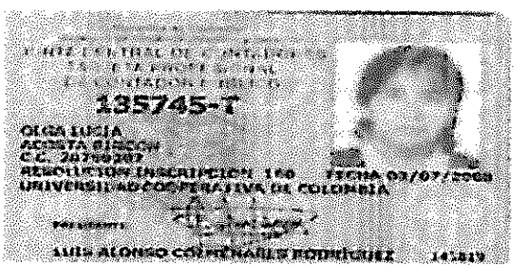
**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**

Dado en BOGOTA a los 14 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PINILLOS
**DIRECTOR GENERAL**

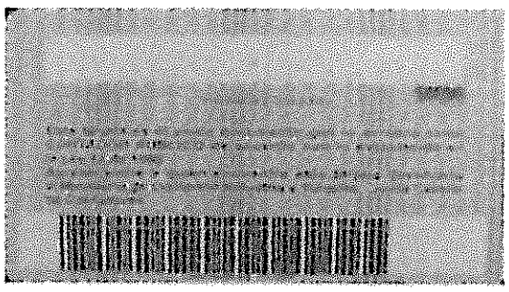
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

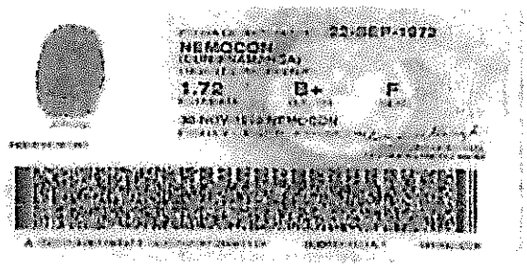
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado











# Certificado Bancario

Jueves, 2 de julio de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON identificado(a) con NIT 860024026, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 33294844461 | 2025/12/01 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

**FECHA:** DÍA 01 | MES 12 | AÑO 2025 — Marcar solo una opción — 1. CREACIÓN [ ] — 2. ACTUALIZACIÓN [XX]

## INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|---|---|
| | Salud |
| ¿CUAL? | |
| | AÑO |
| | ESE-CID-CVS-691- AÑO 2025 |

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON |
| NIT | No 850024026 D.V. 5 |
| | PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ |
| CC Cédula de Ciudadanía | No 39979053 D.V. 5 |
| | CARRERA 8 SUR # 5-43 VIA ZIPAQUIRA |
| | Cundinamarca-Nemocón |
| 601 Cundinamarca - Bogo | 3004489548 |
| Contacto | gerencia@hospitalsanvicentenon.gov.co |

## INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

| | |
|---|---|
| | Bancolombia Cód. 1007 |
| Si selecciona 'Otra Entidad', por favor especifique: ¿Cuál? | |
| | 333-849444-61 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

| | |
|---|---|
| | Jurídica |
| | Natural/ica No |
| | La información dependerá económico sólo si diligencia la persona natural, si le aplica. |
| | Pública ¿CUAL? |
| | No Responsable de IVA |
| GRAN CONTRIBUYENTE | No No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR RENTA No. RESOLUCIÓN |
| AUTORRETENEDOR IVA | No No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR ICA No. RESOLUCIÓN |
| ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO | No OTRA ¿CUAL? |
| PRINCIPAL | 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación |
| SECUNDARIA | |
| 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 suministre 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, actualizar, 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. 899.999.114-6 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

PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

[illegible]
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

## INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

| | |
|---|---|
| | ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS |
| | 2451010812 Bienes y servicios Salud ¿CUAL? |
| | K001 K-Adicional K-Acreedores bys nacionales |
| | 1 Transferencia Salud |

## INDICADORES DE RETENCIÓN

| | |
|---|---|
| | TARIFA 1 |
| | TARIFA 2 |
| | TARIFA 3 |
| | TARIFA 1 |
| | TARIFA 2 |
| | TARIFA 3 |
| | RICS Retefuente aplicable a compras 11% |
| | RISS Retefuente aplicable a servicios 36% |
| | TARIFA 1 |
| | |
| | ORST Pro Deporte y Recreación 2.5% |

**FECHA:** DÍA 01 | MES 12 | AÑO 2025

**PROCESADO POR:** EDGAR A. BUITRAGO FUENTES

**REVISADO POR:**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141007839141

(415)7707212489984(8020) 000014100783914 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 2 4 0 2 6 | 5 | Impuestos de Bogotá | 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Nemocón 4 8 6 |

41. Dirección principal
CR 6 9 40 SUR

42. Correo electrónico asistente.administrativo@hospitaldenemocon.gov.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 8 4 9 3 7 2 2 0 | 3 1 8 8 2 7 1 4 4 3 |

## 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 0 4 0 4 0 6 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 14 16 42 52 55

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
55 - Informante de Beneficiarios Finales

### 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 verdaz; 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 ECHEVERRI GOMEZ PAOLA ANDREA
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 03-03-2026 02:18:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007839141

(415)7707212489984(8020) 000014100783914 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 2 4 0 2 6 | 5 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | 1 3 | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 2 | |
| 72. Número | 0 1 7 | |
| 73. Fecha | 1 9 9 3 0 5 1 3 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 9 | |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 3 0 5 1 3 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 2 5 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 8 6 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Salud y de la Protección Social 1 9

## Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 3 | 2 0 1 6 1 2 3 1 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

**Formulario del Registro Único Tributario**
**Representación**

**001**

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141007839141

(415)7707212489984(8020) 000014100783914 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 2 4 0 2 6 | 5 | Impuestos de Bogotá 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 Ciudadaní 1 3 | 3 8 8 7 9 0 6 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ECHEVERRI | GOMEZ | PAOLA | ANDREA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| 8 6 0 0 2 4 0 2 6 | 5 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON |

**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: 03-03-2026 02:18:30PM

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: 141007839141

(415)7707212489984(8020) 000014100783914 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 6 0 0 2 4 0 2 6 | 5 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**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 2 0 7 5 9 2 9 7 | | 1 3 5 7 4 5 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ACOSTA | RINCON | OLGA | LUCIA |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 0 9 1 2 0 1 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO