GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-040
ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONVENIO		FECHA: 07/Oct/2021

FECHA PRESENTE ACTA	27/08/2026		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO__ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL__ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO X		No. 3271	DE FECHA: **03/10/2025**
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR ACCIONES PARA FORTALECER LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES DE TUBERCULOSIS Y LEPRA 01		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA R/L: EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ		NIT: 826.002.304-1 C.C: 79824210
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	ANA MARCELA NIÑO DIAZ		C.C: 1116543107
VALOR DEL CONVENIO:	VALOR:	$**30.000.000**	
	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		$**30.000.000**	
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: No aplica	De Fecha:	No aplica
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: No aplica	De Fecha:	No aplica
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
FEHA DE INICIACIÓN	03/10/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: No aplica		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: No aplica		
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de diciembre de 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	30 de diciembre de 2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 03/10/2025 al 30/12/2025		
RBPP N°	2024 00415 0386-A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No 8522 AÑO: 2025

Los suscritos, JORGE MARIO IBAÑEZ ARANGO, mayor de edad, domiciliado en TUNJA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.181.256 expedida en Tunja, en su condición de Secretario de Contratación, delegado para la contratación mediante Decreto 093 del 1° de febrero de 2019 y que para efectos del presente contrato se denominará el DEPARTAMENTO (quien firma atendiendo al principio de buena fe, previsto en el artículo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, EDWIN GIOBANNI QUINTERO TELLEZ, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 79824210 expedida en BOGOTA, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora ANA MARCELA NIÑO DÍAZ, INTERVENTOR/SUPERVISOR, hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoría y/o supervisión del contrato **3271** de 2025 quien certifica que el mismo se efectuó de acuerdo a las especificaciones técnicas, económicas y demás condiciones estipuladas en el contrato para su ejecución, por tanto el suscrito interventor 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.

ADICIONALES

N°	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1			$ 0,00	
2			$ 0,00	
3			$ 0,00	

CONTRATOS CELEBRADOS CON OCASIÓN DEL CONVENIO

N°	FECHA	OBJETO	VALOR CONTRATADO	VALOR	CONTRATISTA
			$ 0,00	$ 0,00	
			$ 0,00	$ 0,00	
			$ 0,00	$ 0,00	

CONTROL ANTICIPOS

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

*Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), 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 Aporte Departamento	**$30.000.000**	
Valor Aporte Contraparte		
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$17.000.000
Valor total actas pagadas Departamento		$0
Valor ejecutado por la Contraparte		$0
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$13.000.000
Saldo sin ejecutar Contraparte		$0
Valor a Reintegrar al Departamento		$0
Sumas iguales	**$30.000.000**	$**30.000.000**

*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.

Rendimientos Financieros $ 0,00

Reintegrar a la Cuenta Bancaria No. _____ del Banco _____ Departamento de Boyacá

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

No. CUENTA: 0810000100200683	BANCO: Banco BBVA	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.

CLAUSULAS: PRIMERA - PAZ Y SALVO: El contratista se declara a paz y salvo por todo concepto derivado del contrato interadministrativo No. **3271** de 2025.

SEGUNDA – MANIFESTACIÓN: las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado. Para constancia firman los que en ella intervinieron:

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: El representante legal presenta certificación de parafiscales la cual se anexa a la presente acta.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON - 0934 - 2026

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

Firma: _____
Nombre: ANA MARCELA NIÑO DÍAZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ
CONTRATISTA R/L: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALÁN DÍAZ
SECRETARIA DE SALUD

Firma: _____
Nombre: JORGE MARIO IBAÑEZ ARANGO
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
JOAN ESTEBAN DAZA CANO
Fecha: 27/08/2026

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

FECHA PRESENTE ACTA	20 de junio de 2026		
CONTRATO X CONVENIO _	No. 3271	DE FECHA: 03/10/2025	
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR ACCIONES PARA FORTALECER LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES DE TUBERCULOSIS Y LEPRA 01		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA R/L: EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ		NIT: 826.002.304-1 C.C: 79824210
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	ANA MARCELA NIÑO DÍAZ		C.C: 1116543107
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:		$30.000.000
	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			$30.000.000
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 INICIACION	03/10/2025		
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 03/10/2025 a 30 /12/2025		
RBPP N°	2024 00415 0386-A1		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 8522 AÑO: 2025

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, ANA MARCELA NIÑO DÍAZ, Interventor / Supervisor, y el señor (a) EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ, 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	$30.000.000	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$0
Valor total actas pagadas		$17.000.000
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		$13.000.000
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		$0
Sumas iguales	$30.000.000	$30.000.000

*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: 0810000100200683	BANCO: Banco BBVA	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: ANA MARCELA NIÑO DÍAZ
INTERVENTOR Y/O
SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: R/L: EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA

* 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

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA** identificado(a) con **número 826.002.304** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Corriente No 00130810000100200683** aperturada el **26 de enero de 2001**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

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

9 dígitos: **810200683**
10 dígitos: **0810200683**
16 dígitos: **0810000100200683**

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

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **19** de **Mayo** de **2026** a las **17:46**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Empresa Social Del Estado Hospital Especial De Cubara

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8610

Calle 3 5-47 Cubará Boy Teléfono: 3106152106 **NIT: 826002304-1**

Factura Electrónica de Venta **No. FE611642** Fecha emisión 15/08/2026

Autoriza DIAN 18764100104279, Fecha: 2025-10-15 hasta 2026-10-15, Prefijo FE, Factura 580001 al 650000.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 13/11/2026

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR ACCIONES PARA FORTALECER LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES DE TUBERCULOSIS Y LEPRA 01. Segun Contrato 3271 de 2025.	17,000,000.00	1.00	17,000,000.00

Valor total factura electrónica #FE611642 17,000,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **17,000,000.00**

Valor EN LETRAS: DIECISIETE MILLONES PESOS M/CTE

IPS facturacion@hospitalcubara.gov.co

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 81020068-3 Entidad Bancaria: BANCO BBVA - Corriente

CUFE: 1bf06fa49ec2551758354e5aa4b68428ba33a5b2036852f246a0503efea4da5ad98b295cad8fe7f111325addc2c0fb9a

Documento generado el 15/08/2026 09:22 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

Con el fin de acreditar el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales

CERTIFICA QUE:

LA ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ

NIT: 826.002.304-1

En la fecha correspondiente del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2025, ha dado cumplimiento oportuno y completo con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social, en cuanto a Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y parafiscales; aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Que dichos recursos han sido manejados en virtud de los establecido en la ley 1797 de 2016.

Se firma la presente certificación el 17 de Julio del 2026.

ACTUANDO EN CALIDAD DE:

Representante Legal [X]

EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ
Gerente
C.C 79.824.210

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003692891

(415)7707212489984(8020) 000014100369289 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 3 0 4	1	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

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 ESPECIAL DE CUBARA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Cubará 2 2 3

41. Dirección principal
CL 3 5 47

42. Correo electrónico subgerencia@hospitalcubara.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 6 1 5 2 1 0 6	

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 0 0 0 7 0 5							

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	1	6	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
16- Obligación facturar por ingresos bienes
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 2024-04-02 / 06:28:51PM

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 QUINTERO TELLEZ EDWIN GIOVANNI
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: 141003692891

(415)7707212489984(8020) **000014100369289 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 3 0 4	1	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

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 3	0 3
72. Número	1 1 3 5	1 4 0
73. Fecha	2 0 0 0 0 7 0 5	2 0 1 4 0 2 2 6
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 4	0 4
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 7 0 5	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	2 2 3
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 0 0 7 0 5	
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: 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 0	2 0 1 6 0 6 2 8		-
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: 141003692891

(415)7707212489984(8020) **000014100369289 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 6 0 0 2 3 0 4	1	Impuestos y Aduanas de Arauca	3 4	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 8 2 4 2 1 0		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
QUINTERO	TELLEZ	EDWIN	GIOVANNI
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

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:	1			FECHA:	20	de	JUNIO	de	2026		
PERIODO:	DEL	3	de	OCTUBRE	de	2025	AL	20	de	JUNIO	de 2026

No. CONTRATO O CONVENIO	3271	DE	2025		FECHA:	3	de	OCTUBRE	de	2025

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 30.000.000,00	RPC	8522
REGISTRO BP y P No.	2024 00415 0386 – A1		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA		

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR ACCIONES PARA FORTALECER LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES DE TUBERCULOSIS Y LEPRA 01

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	ANA MARCELA NIÑO DIAZ

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

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	3	10	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 CONVEN O

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	3	10	2025	
Acta de terminación	30	12	2025	
Acta de recibo final a satisfacción	20	06	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**	

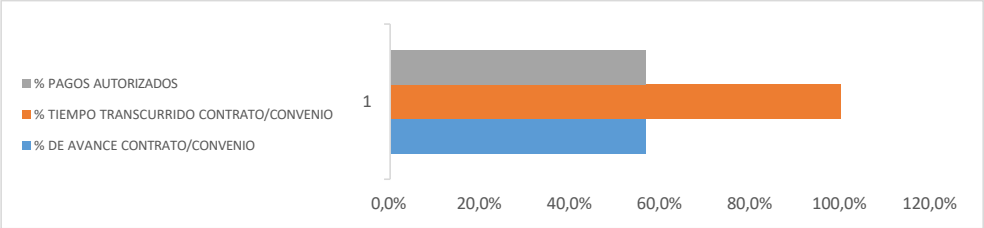
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

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 cronograma y plan de trabajo para la ejecución de las actividades del presente contrato	Se recibe cronográma de actividades para el desarrollo del contrato Interadministrativo 3271-2025	X			
2. Realizar una mesa de trabajo inicial con los actores clave del municipio (ESE, EAPB, líderes comunitarios, cabildos si aplica) para socializar los objetivos del convenio y cronograma de actividades.	Se cuenta con soportes de mesa de trabajo con el fin de socializar las actividades especificas que se desarrollan durante el contrato. Se anexa listado de asistencia, acta del desarrollo de la mesa de trabajo y registro fotografico.	X			
3. Realizar el estudio de contactos al 100% de los casos nuevos de TB diagnosticados durante la vigencia 2025, incluyendo la aplicación de algoritmos para menores de 17 años y la gestión para el inicio de terapia preventiva (TPT) cuando se aplica	No cuenta con soportes sobre el desarrollo de esta actividad.			X	
4. Realizar estudio de convivientes a los casos antiguos de lepra, diligenciamiento de la ficha de evaluación neurológica simplificada y registro de la valoración de convivientes.	Se cuenta con valoracion a un conviviente.		X		
5. Talleres Educativos para la Reducción del Estigma: Desarrollar cuatro (4) talleres educativos dirigidos a grupos comunitarios clave (ej. Juntas de Acción Comunal, familias de pacientes, entre otros) con un enfoque psicosocial para tuberculosis y lepra, promover el apoyo comunitario.	Se realizarón 4 talleres: Fundación Lazos de Amor Familia de Paciente con TB Fundación Lazos de Amor (con pacientes) Fundación Lazos de Amor (población Uwa)	X			
6. Diseño y Ejecución de una Estrategia de Comunicación digital con enfoque psicosocial para sensibilizar a la población general y a grupos priorizados sobre la importancia de la detección oportuna de la Tuberculosis y la Lepra, reducir activamente el estigma y la discriminación (Uso de redes sociales, una publicación semanal). Una publicación semanal a partir del inicio del contrato.	Se realizó publicación de 6 piezas graficas en donde se busca sensibilizar a la población sobre la prevención de estigma y discriminación para enfermedad de Hansen y Tuberculosis		X		
7. Realizar taller educativo con enfoque psicosocial en hogares geriátricos o centros de protección en donde se incluya sensibilización en prevención de estigma y discriminación para Tuberculosis y Enfermedad de Hansen/Lepra con el fin de fortalecer las capacidades de autocuidado en los adultos mayores y sensibilizar al personal de cuidado sobre la detección temprana.	Se realizó un taller educativo en Casa de Bienestar del adulto mayor Municipal de Cubara, en donde se incluye sensibilización en prevención de estigma y discriminación para Tuberculosis y Enfermedad de Hansen/Lepra.		X		
8. Presentar informe de actividades en los formatos establecidos, así como informe final al termino del contrato.	Se presenta informe de actividades	X			

INFORME TÉCNICO
Las actividades relacionadas con el programa de prevencion, manejo y control de Tuberculosis y Lepra estan dadas por la Resolucion 227 de 2020, asi como lineamientos operativos de los programas brindados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las transferencias nacionales con destinación específica para los Programas de control de la Enfermedad de Hansen/Lepra mediante Resolución 470 del 25 de marzo de 2025, y control de la Tuberculosis mediante Resolución 469 del 25 de marzo de 2025, permiten financiar o cofinanciar la ejecución de los programas territoriales así como la concurrencia hacia los municipios del departamento para el desarrollo de actividades tendientes al cumplimiento de las metas nacionales y departamentales

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**56,6%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**56,6%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Se realiza verificación y revisión de los soportes de la ejecución del presente contrato, y se procede a realizar la validación del valor a pargar, según lo ejecutado.

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	810000100200683	FIDUCIA No.:		BANCO:	Banco BBVA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta de recibo final a satisfacción	56,6%	20	06	2026	$ 17.000.000
TOTAL					**$ 17.000.000**

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 para Tuberculosis y Lepra 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.

ANA MARCELA NIÑO DIAZ

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: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC- F
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE DEL 3/10/2025 AL 30/12/2025 CONTRATO No. 3271-2025

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0386 – A1

FECHA INICIACIÓN: 3/10/2025 FECHA TERMINACIÓN: 30/12/2025

CONTRATISTA:EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA INTERVENTOR: ANA MARCELA NIÑO DIAZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR ACCIONES PARA FORTALECER LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES DE TUBERCULOSIS Y LEPRA 01

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	1. Realizar cronograma y plan de trabajo para la ejecución de las actividades del presente contrato	Se realiza cronográma de actividades para el desarrollo del contrato Interadministrativo 3271-2025	X			
2	2. Realizar una mesa de trabajo inicial con los actores clave del municipio (ESE, EAPB, líderes comunitarios, cabildos si aplica) para socializar los objetivos del convenio y cronograma de actividades.	Se realiza mesa de trabajo con el fin de socializar las actividades especificas que se desarrollan durante el contrato. Se anexa listado de asistencia, acta del desarrollo de la mesa de trabajo y registro fotografico.	X			
3	3. Realizar el estudio de contactos al 100% de los casos nuevos de TB diagnosticados durante la vigencia 2025, incluyendo la aplicación de algoritmos para menores de 17 años y la gestión para el inicio de terapia preventiva (TPT) cuando se aplica	No se lleva a cabo esta actividad.			X	No se cuenta con soportes
4	4. Realizar estudio de convivientes a los casos antiguos de lepra, diligenciamiento de la ficha de evaluación neurológica simplificada y registro de la valoración de convivientes.	Se realiza valoracion a un conviviente.		X		Se cuenta con un registro.

5	5. Talleres Educativos para la Reducción del Estigma: Desarrollar cuatro (4) talleres educativos dirigidos a grupos comunitarios clave (ej. Juntas de Acción Comunal, familias de pacientes, entre otros) con un enfoque psicosocial para tuberculosis y lepra, promover el apoyo comunitario.	Se realizan 4 talleres: Fundación Lazos de Amor Familia de Paciente con TB Fundación Lazos de Amor (con pacientes) Fundación Lazos de Amor (población Uwa)	X			
6	6. Diseño y Ejecución de una Estrategia de Comunicación digital con enfoque psicosocial para sensibilizar a la población general y a grupos priorizados sobre la importancia de la detección oportuna de la Tuberculosis y la Lepra, reducir activamente el estigma y la discriminación (Uso de redes sociales, una publicación semanal). Una publicación semanal a partir del inicio del contrato.	Se realiza publicación de 6 piezas graficas en donde se busca sensibilizar a la población sobre la prevención de estigma y discriminación para enfermedad de Hansen y Tuberculosis		X		Se evidencian 6 piezas graficas publicadas
7	7. Realizar taller educativo con enfoque psicosocial en hogares geriátricos o centros de protección en donde se incluya sensibilización en prevención de estigma y discriminación para Tuberculosis y Enfermedad de Hansen/Lepra con el fin de fortalecer las capacidades de autocuidado en los adultos mayores y sensibilizar al personal de cuidado sobre la detección temprana.	Se realiza un taller educativo en Casa de Bienestar del adulto mayor Municipal de Cubara, en donde se incluye sensibilización en prevención de estigma y discriminación para Tuberculosis y Enfermedad de Hansen/Lepra.		X		
8	8. Presentar informe de actividades en los formatos establecidos, así como informe final al termino del contrato.	Se presenta informe de actividades	X			

Firma: _____

Nombre: ANA MARCELA NIÑO DIAZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: R/L. EDWIN GIOVANNI QUITERO TELLEZ

CONTRATISTA: ESE HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.