ORDEN DE PAGO

MUNICIPIO DE
VILLA DE LEYVA
NIT. 891.801.268-7

No.: 2026090029

Fecha: 04/sept./2026

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA

CC o Nit: 891800906 **Teléfonos:** 3124524119

Dirección: KM 1 VIA ARCABUCO

Concepto: CI353/2025; ACTA PARCIAL No. 02 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO

Detalle: CI353/2025; ACTA PARCIAL No. 02 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS
ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2026, SEGÚN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LINEAMIENTOS Y METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD (PAS) E

No. documento : SFFE-329942 **Vencimiento:** 04/09/2026 **Valor:** 32,533,569.00

2. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Certificado Disponibilidad	Registro Presupuestal	CODIGO	NOMBRE DE LA CUENTA	CODIGO	VALOR	Saldo Registro Presupuestal
2026010187	2026020003	2.3.2.02.02.009.02.01.02.02 1.2.4.2.02 19 1905 0300 1905021 21	Prestación servicios profesionales para desarrollo del plan de acción en salud y componente operativo anual de inversiones pas coai / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoent	9999999999999999	32,533,569.00	111,302,781

TOTAL 32,533,569.00

3. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Centro Costo	Débito	Crédito
55021601	Acciones de salud pública / E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA		32,533,569.00	00.00
24010101	Bienes y Servicios- Servicios / E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO VILLA DE LEYVA		00.00	32,533,569.00
		Sumas Iguales	**32,533,569.00**	**32,533,569.00**

Revisó:

Neto a Pagar : $ 32,533,569.00

Valor Neto a pagar en letras: TREINTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MC.

TESORERO	ALCALDE

12 F

MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA – BOYACÁ
NIT. 891.801.268-7
MONUMENTO NACIONAL

SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
APOYO	FORMATO	F-GF-02	1/03/2025
GESTIÓN FINANCIERA		Versión 01	
FORMATO ESTANDAR			

FECHA DE ELABORACION:	1/09/2026			
ACTO ADMINISTRATIVO No.	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	BENEFICIARIO		NIT O CEDULA
CONTRATO No.	353 de 2025 Y MODIFICATORIO No. 01	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA		891800906-3
No. DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	SFFE-329942	FECHA DE LA FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	VALOR	PERIODO
		24/08/2026	$ 32.533.569	01/05/2026 AL 30/06/2026
CONCEPTO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2026, SEGÚN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LINEAMIENTOS Y METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD (PAS), EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES (COAI) 2026, Y EL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 518 DEL 2015 EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA.			

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
ANGELA JOHANA MUNEVAR GONZALEZ	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO

EJECUCION			
PLAZO O TIEMPO DE EJECUCION	EL PRESENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO TENDRÁ UN PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE LA RESPECTIVA ACTA DE INICIO HASTA EL DIECIOCHO (18) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTISEIS (2026).	FECHA DEL ACTA DE INICIO	7/02/2026
RUBRO	2.3.2 02.02.009.02.01.02.02 (1.2.4.2.02) 2.3.2 02.02.009.02.01.02.03 (1.2.4.2.02)	FECHA MODIFICATORIO No. 01	9/05/2026
DENOMINACION RUBRO	Prestación servicios profesionales para desarrollo del plan de acción en salud y componente operativo anual de inversiones pas coai / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoent Servicio de gestion del riesgo en temas de trastornos mentales / SGP-SALUD-SALUD PUBLICA / SALUDYPROTECCIONSOCIAL / SaludPublica / Intersubsectorial Salud / Serviciodegestiondelriesgoentemasdetrastornosmentales / FONDO LOCAL DE SALUDnentededesproteccionsocialy/ofamiliar/		

RUBROS PRESUPUESTALES AFECTADOS Y FUENTE DE FINANCIACIÓN (Insertar mas casillas de ser necesario)	NUMERO N°	VALOR	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)	REGISTRO PRESUPUESTAL (RP)
	2.3.2 02.02.009 02.01.02.02 (1.2 4.2 02)	$ 32.533.569	2026010187	2026020003
	2.3.2 02.02.009.02.01.02.03 (1.2.4.2 02)	$ 0		
N° Y FECHA PÓLIZA Y APROBACION (Si aplica)	NUMERO N°	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA CDP / FECHA RP
	N/A	N/A	N/A	29/01/2026 / 7/02/2026

CONTROL SALDOS DEL CONTRATO	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	$ 243.471.650	$ -
+ ADICIONES	$ 0,00	$ -
= VALORES TOTALES	$ 243.471.650	$ -
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA / CUENTA DE COBRO	$ 2.246.640,00	$ -
- PAGADO Y/O AMORTIZADO EN LA FECHA	$ 32.533.569	$ -
= VALORES TOTALES PAGADOS Y/O AMORTIZADO A LA FECHA	$ 34.780.209	$ -
= SALDOS ACTUALES (DESPUÉS DE ESTA FACTURA	$ 208.691.441,00	$ -

# Cuenta Bancaria	Clase de cuenta	Entidad Bancaria
177769999703	AHORROS	DAVIVIENDA

OBSERVACIONES	Acta parcial y recibo a satisfaccion No. 02
REQUISITOS GENERALES	Se presentó informe de actividades del periodo contractual que reposa en el respectivo contrato, presentó certificación de cumplimiento por parte del supervisor y copia de las planillas de seguridad, SENA y Comfaboy (Cuando se requiera).
	A efectos del pago final, éste será condicionado a la presentación del informe final del contratista, donde conste la ejecución del contrato mediante la suscripcion del acta de recibido final y a satisfaccion.
	Conforme lo dispuesto en Ley 80 de 1993 artículo 4 de los Derechos y Deberes de las Entidades Estatales y adicionado por la ley 1150 de 2007 en el articulo 19, el presente pago goza del Derecho de Turno y sujeto al PAC
	A la presente se anexa: Factura y/o cuenta de cobro, formato de exoneración de retención (cuando aplique), certificado de no embargos (cuando aplique), copia de las planillas o certificación de pago de seguridad social, SENA y Comfaboy (para los contratos de obra pública), póliza (cuando aplique), RUT y certificado bancario.

ANGELA JOHANA MUNEVAR GONZALEZ	DIANA CARVAJALTORRES
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO	Jefe oficina asesora de contratación, licitaciones y suministros
SUPERVISOR	Revisó
Con la presente firma se avala que el contratista presentó el informe correcto de actividades, por lo tanto, esta cuenta reúne todos los requisitos tecnicos para ser pagada, bajo la responsabilidad de quien firma.	Con la presente firma se avala que la información plasmada en este Formato Estándar, corresponde a los términos y cláusulas del contrato afectado y además, que en la carpeta reposa todos los documentos expedidos correctamente, que soportan el pago, bajo la responsabilidad de quien firma

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

NIT 891800906-3
KM 1 VIA ARCABUCO CEL. 3124524119
Villa de Leyva - Boyacá

Cod. IPS: 154070084101

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764107058211 con vigencia del 11-03-2026 al 11-03-2028. Numeración habilitada del 300001 al 500000 y prefijo SFFE

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SFFE-329942

Fecha Factura:	24/08/2026	
Fecha Vencimiento:	24/08/2026	
Fecha Validación DIAN:	24/08/2026	15:14:00
Fecha Inicial:	24/08/2026	
Fecha Final:	24/08/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 537a0dfe0934465884d889d2a3a4c11fd8a8d02f3beea6ae22f0ddcfedd47b6ad23c2ec9cb832a181f097642f9319813

Elaborado por: ADMINISTRADOR SISTEMA

Administradora: MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA
Nit: 891801268 - 7
Forma pago: Crédito
Convenio: PIC2026 - 353-2025 Y MODIFICATRIO 1
Plazo (Días): 0
Fecha Convenio: 07/02/2026 A 18/12/2026
Contratacion: Otra modalidad (Pago por escenario)
Plan Beneficio: Cobertura Salud Pública

CC 891801268-7 VILLA DE LEYVA MUNICIPIO DE

Tipo Usuario: Particular

Orden	Fecha	Código	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
1820015	24/08/2026	I10405	I10405 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD VISUAL	1.00	793,055.00	793,055	0	793,055
1820015	24/08/2026	I10406	I10406 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA	1.00	396,527.00	396,527	0	396,527
1820015	24/08/2026	I10209	I10209INFORMACION EN SALUD MATERNA Y PERINATAL	1.00	435,392.00	435,392	0	435,392
1820015	24/08/2026	I10206	I10206INFORMACION EN SALUD PARA LA PREVENCION DE ITS* VIH/SIDA Y HEPATITIS	1.00	755,816.00	755,816	0	755,816
1820015	24/08/2026	I11107	I11107 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	1.00	1,328,777.00	1,328,777	0	1,328,777
1820015	24/08/2026	I30101	I30101-ACOMPAÑAMIENTO AL INDIVIDUO Y LA FAMILIA EN LOS CENTROS DE ESCUCHA	1.00	2,466,461.00	2,466,461	0	2,466,461
1820015	24/08/2026	I11109	I11109 EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA	1.00	1,369,457.00	1,369,457	0	1,369,457
1820015	24/08/2026	I10307	I10307 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN	1.00	1,758,177.00	1,758,177	0	1,758,177
1820015	24/08/2026	I30301	I30301 CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO HOGAR	1.00	16,348,600.00	16,348,600	0	16,348,600
1820015	24/08/2026	I30302	I30302 CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO HOGAR	1.00	3,247,127.00	3,247,127	0	3,247,127
1820015	24/08/2026	I10412	I10412 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	1.00	636,909.00	636,909	0	636,909
1820015	24/08/2026	I30202	I30202-INTERVENCIONES PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES A REDES Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS	1.00	1,359,852.00	1,359,852	0	1,359,852
1820015	24/08/2026	I10301	I10301 INFORMACIÓN EN SALUD EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	1.00	774,050.00	774,050	0	774,050
1820015	24/08/2026	I10102	I10102 INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA SANA CONVIVENCIA Y EL TEJIDO SOCIAL	1.00	863,369.00	863,369	0	863,369
					Total Paciente	32,533,569	0	32,533,569

OBSERVACIONES:

ACTA PARCIAL Y RECIBO A SATISFACCION N°02
PERIODO DE ACTIVIDADES 01 DE MAYO AL 30 DE JUNIO 2026

Valor en letras: TREINTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	32,533,569
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	32,533,569

Administradora:	MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA		
Nit:	891801268 - 7	**Forma pago:**	Crédito
Convenio:	PIC2026 - 353-2025 Y MODIFICATRIO 1	**Plazo (Días):**	0
Fecha Convenio:	07/02/2026 A 18/12/2026		
Contratacion:	Otra modalidad (Pago por escenario)	**Plan Beneficio:**	Cobertura Salud Pública

Firma Paciente

firma Representante Legal

HSF – 074 -26

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

Señores

ALCALDÍA MUNICIPAL VILLA DE LEYVA

Ciudad

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ, identificada con cedula de ciudadanía No 40.041.650, expedida en Tunja, actuando en calidad de Representante Legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA NIT: 891.800.906-3, manifiesto y declaro bajo la gravedad de juramento que NO tenemos ningún tipo de embargos, procesos judiciales, ni retenciones de dinero.

Se expide la presente certificación en el municipio de Villa de Leyva - Boyacá, a los veinticinco (25) días del mes de agosto del año 2026.

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ
Gerente

E.S.E
HOSPITAL

VILLA DE LEYVA

HSF – 075 -26

INFORME ESPECIAL

CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 789 DE 2002

ALCALDÍA MUNICIPAL VILLA DE LEYVA

Nosotros Gerente y Contador Público de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, certificamos que se ha efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, la cual se encuentra al día en sus aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar), correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de mayo al 30 de junio del año 2026. El pago de estos aportes es responsabilidad de la Administración de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar, correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de mayo al 30 de junio del año 2026, preparado por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, y
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.
4. Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente sobre el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de mayo al 30 de junio del año 2026, comunico que, a la fecha del presente informe, la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).

Dada en Villa de Leyva – Boyacá, a los veinticinco (25) días del mes de agosto del año 2026.

E.S.E HOSPITAL VILLA DE LEYVA

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ
Gerente

JOSÉ ALEDY SALAZAR GIRALDO
Contador Público **T.P 93955T**

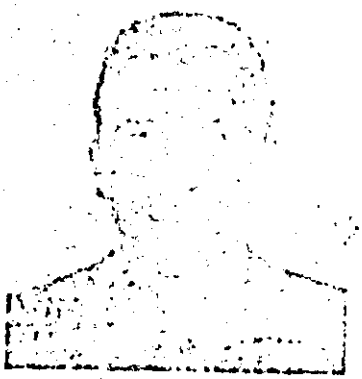
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7171463

SALAZAR GIRALDO
APELLIDOS

JOSE ALEDY
NOMBRES

José Aledy Salazar G.
FIRMA





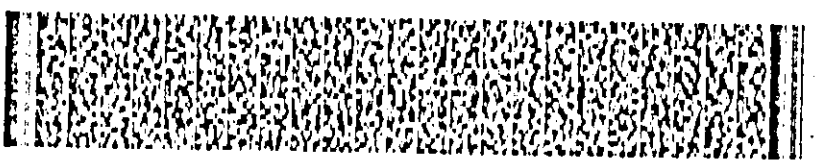
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1976
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

31-OCT-1994 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-0700100-33000421-M-0007171463-20020207 0003202038A 02 107509984

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

93955-T



JOSE ALEDY
SALAZAR GIRALDO
C.C. 7171463
RESOLUCION INSCRIPCION 88 FECHA 2003/07/24
UNIVERSIDAD FUND.UNIV. DE BOYACA

PRESIDENTE

BENJAMIN LOPEZ ARCINIEGAS

1047739

IDEDS

FIRMA DEL TITULAR

013188

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9466665DE0884967E3

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 **JOSE ALEDY SALAZAR GIRALDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7171463 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 93955-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 13 días del mes de Agosto de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141253363983

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Villa de Leyva 4 0 7

41. Dirección principal
KM 1 VIA ARCABUCO

42. Correo electrónico hsanfran@esevilladeleyva.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 5 2 4 1 1 9	3 2 1 2 3 0 1 1 3 7

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 1 3 0 1 2 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 1 4 1 6 4 2 5 2

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

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 61. Fecha 2026-05-23 / 01:30:59PM

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 MONTEJO PAEZ MARIA EUGENIA
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 25-08-2026 03:32:54PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN VALIDEZ

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141253363983

(415)7707212489984(8020) 000014125336398 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	

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

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

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 7 0 1 0 2		
2				
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 VALIDEZ

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141253363983

(415)7707212489984(8020) 000014125336398 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

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 Ciudadanía 1 3	4 0 0 4 1 6 5 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MONTEJO	PAEZ	MARIA	EUGENIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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

001

Página 4 de 5 Hoja 4

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141253363983

(415)7707212489984(8020) 000014125336398 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 1 8 0 0 9 0 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	7 1 2 8 6 0 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GAMBOA	CHAPARRO	VICTOR	ALFONSO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 1 0 1	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 5 4 0 9 0 9 2 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MUNEVAR	GONZALEZ	ANGELA	JOHANA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 1 0 1	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	4 1 5 4 9 8 9 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HELO	HELO	OLGA	DEL CARMEN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 1 0 9 2 9	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 1 6 0 8 9 4 2 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AGUIAR	RODRIGUEZ	ANGIEE	JULIANA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 3 0 2 1 7	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	2 3 6 9 1 2 8 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ESPITIA	HURTADO	YOLANDA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 5 0 6 2 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 5 de 5 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141253363983

(415)7707212489984(8020) 000014125336398 3

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

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 7 1 7 1 4 6 3	5	9 3 9 5 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SALAZAR	GIRALDO	JOSE	ALEDY

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

BANCO DAVIVIENDA S.A
NIT 860034313-7
CERTIFICA

Que la empresa **HOSPITAL SAN FRANCISCO** identificado con Nit: **891.800.906-3,** se encuentra vinculada a nuestra organización y posee en nuestra entidad la Cuenta de ahorros No **177769999703** denominada **"CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2026, SEGÚN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LINEAMIENTOS Y METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD (PAS), EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES (COAI) 2026, Y EL ANEXO TÉCNICO DE LA RESOLUCIÓN 518 DEL 215 EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA "**

Cuenta de ahorros No 177769999703
Fecha de apertura: 2016/05/24

La solicitud del interesado se entrega a los 28 días del mes de Mayo de 2026.

Cordialmente

JOHANNA SMITH ALVARADO FORERO
Directora Administrativa Oficina Villa de Leyva
Banco Davivienda S.A