GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		FECHA: 24/Jul/2019

ACTA PARCIAL	02		
FECHA PRESENTE ACTA	9/10/2026		
CONTRATO X CONVENIO _	CO1.PCCNTR.8523118/3727	DE FECHA:	04/11/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 39		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ / RL: IBETH MILENA PARRA CARO		NIT: 820.003.291-5
			C.C: 52717256
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	ANA MARCELA NIÑO DÍAZ		C.C: 1116543107
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:	$49.000.000	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A.	$ 0.00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A.	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$49.000.000		
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2026		
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 2026		
FECHA DE INICIACION	08/01/2026		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2026		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A.		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01/06/2026 al 31/08/2026		
RBPP N°	202500000032686		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No **114** AÑO: 2026

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, ANA MARCELA NIÑO DÍAZ, Interventor/Supervisor y el señor (a) IBETH MILENA PARRA CARO 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 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 del contrato	$49.000.000	
Amortización Anticipo		$0.00
Valor a pagar de la presente acta		$19.600.000
Valor total actas pagadas		$14.700.000
Saldo por ejecutar		$14.700.000
Sumas iguales	$49.000.000	$49.000.000

*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: 268-05035-8	BANCO: Banco de Bogotá	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: El representante legal presenta certificación de parafiscales, la cual se anexa a la presente acta.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON - 1312 - 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: IBETH MILENA PARRA CARO
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ

* 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.

Banco de Bogotá

Dirección general
Bogotá D.C. Calle 36 # 7- 47
www.bancodebogota.com

BANCO DE BOGOTA
NIT. 860.002.964-4

INFORMA QUE:

EL **E.S.E. PUESTO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI,** NIT. 820.003.291-5 es titular de la cuenta de corriente **268-05035-8,** con fecha de apertura 29 de junio del 2001. No genera rendimientos financieros; a la fecha se encuentra activa, vigente y normal.

Se expide en Tunja a los diez (10) días del mes de agosto de 2026 a solicitud del interesado.

Banco de Bogotá
OF. GOIA BCA DE BOYACA OCCIDENTAL
EJECUTIVO COMERCIAL

CLAUDIA ISABEL BARRETO SOLER
Ejecutivo Banca Oficial Boyaca

Banco de Bogotá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Mejor Banco en Colombia 2022: • Euromoney • Global Finance | **Great Place To Work 2022** | **EFR 2022** | **Sustainability Yearbook 2022**

Estamos para usted
Pyme: 60 1 364 7400
Empresas: 60 1 607 9006

Queremos brindarle el mejor servicio, contamos con la Defensoría del Consumidor Financiero la cual podrá contactar de **lunes a viernes de 8:00 a.m a 5:30 p.m.** al teléfono fijo: **601 332 0101**, celular **(+57) 318 373 00 77,** correo electrónico **defensoriaconsumidorfinanciero@bancodebogota.com.co**, o en la dirección **Calle 36 No. 7 – 47 piso 5** en la ciudad de **Bogotá D.C.** Consulte el procedimiento para presentar una queja y las funciones que ejerce el Defensor del Consumidor Financiero **ingresando a www.bancodebogota.com/defensordelconsumidor**

Empresa Social Del Estado Centro de Salud Rafael Salgado Maripi

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621

Calle 5 #03-27 Teléfono: 3123866220 **NIT: 820003291-5**

Factura Electrónica de Venta **No. FE398754** Fecha emisión 15/09/2026

Autoriza DIAN 18764105291090, Fecha: 2026-01-30 hasta 2027-01-30, Prefijo FE, Factura 397984 al 404040.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 14/12/2026

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	PAGO ACTA PARCIAL 02 CO1.PCCNTR.8523118/3727	19,600,000.00	1.00	19,600,000.00

Valor total factura electrónica #FE398754 19,600,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **19,600,000.00**

Valor EN LETRAS: DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE

IPS esemaripifacturacion@gmail.com

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: 268050358 Entidad Bancaria: BANCO BOGOTA - Corriente

CUFE: 8a28298164cf18342bbae4b4d2b875e8d99488779c49358b51e11d60c5fe5ffdf83210866606f474b3ff6aab1252af4e

Documento generado el 15/09/2026 17:31 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO

MARIPI-BOYACA

CERTIFICA

Que, la **E.S.E CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO DE MARIPI**, identificada con NIT 820003291- 5 Representada legalmente por la **Dra. IBETH MILENA PARRA CARO** Identificada con cedula de ciudadanía **N° 52.717.256** Expedida en Bogotá DC, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, se encuentra a paz y salvo con los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley hasta el 31 de agosto de 2026.

Dada en Maripi, a los quince (15) días del mes de septiembre del 2026.

IBETH MILENA PARRA CARO
REPRESENTANTE LEGAL
E.S.E CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO

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	X	FINAL	

INFORME No:	2			FECHA:	1	de	SEPTIEMBRE	de	2026	
PERIODO:	DEL	1	de	JUNIO	de	2026	AL	31	de	AGOSTO	de	2026
No. CONTRATO O CONVENIO	CO1.PCCNTR.8523118/3727		DE	2025	FECHA:	4	de	NOVIEMBRE	de	2025
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 49.000.000,00				RPC	114				
REGISTRO BP y P No.	202500000032686									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ									

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 39

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	ANA MARCELA NIÑO DIAZ		
Teléfono:	7420111	Direcció	Avenida Colón N° 22 a 16

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	8	01	2026
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2026		
PLAZO CON ADICIONES	No aplica		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	30	12	2026
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)			

INFORME ADMINISTRATIVO

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

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	8	01	2026	
Acta parcial 01	24	08	2026	
Acta parcial 02				
Acta de terminación				
Acta de recibo final a satisfacción				

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	

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

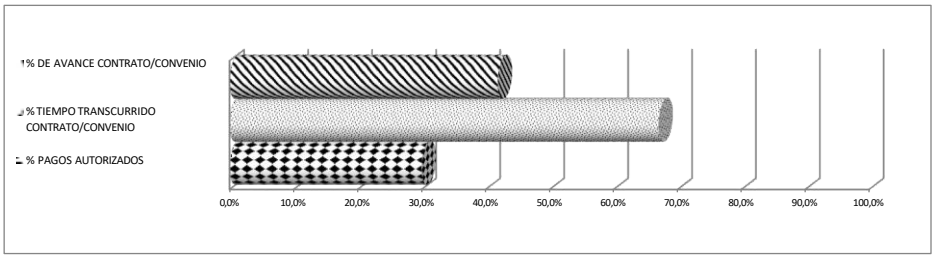
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO			
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)	DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el o los municipios de: MARIPI, objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, la cual forma parte integral del presente	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	X			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 9 de junio con corte a 31 de mayo; segundo Informe, 7 de septiembre con corte a 31 de agosto y el tercer Informe con corte al término del contrato	Se presentó el informe de acuerdo a los lineamientos	X			
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud públic serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá	Las actividades se presentan en los soportes definidos	X			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	X			
5. Apoyar el desarrollo de las estrategias de vigilancia basada en casos predefinidos para los eventos de interés en salud pública y vigilancia basada en comunidad de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	Se desarrollan las estrategias de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	X			
6. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo.	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	X			

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

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

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	41,9%	% TIEMPO TRANSCURRIDO	67,0%	% PAGOS AUTORIZADOS	30,0%



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

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

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	268-05035-8	FIDUCIA No.:		BANCO:	Banco de Bogotá
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	30%	24	08	2026	$ 14.700.000,00
Acta parcial 02	40%				
Acta de recibo final a satisfacción					
TOTAL					$ 14.700.000,00

INFORME JURÍDICO

El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social

OBSERVACIONES:

Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.

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 Contratación DIANA FERNANDA LEON

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

MUNICIPIO	MARIPÍ	N° CONTRATO	CO1.PCCNTR.8523118/3727	VALOR DEL CONTRATO	$ 49.000.000
ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ			FECHA DE INICIO	08/01/2026
				FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2026

COMPONENTE	Nº	ACTIVIDADES		N° DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la actualización de la caracterización de UPGD y UI en el SIVIGILA	P	1		30.000	100	100	
			E	1		30.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.	P	52		4.160.000	65	65	
			E	34		2.720.000			
Evaluación de Desempeño	3	Realizar la notificación semanal de casos de EDA e IRA	P	52		520.000	65	65	
			E	34		340.000			
	4	Realizar la búsqueda activa institucional mensual de eventos de interés en salud pública con énfasis en: PFA, SR, SRC a través del SIANIESP	P	12		1.440.000	67	67	
			E	8		960.000			
	5	Apoyar el Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores y la Encuesta de Evaluación de Coberturas (ECV), según lineamiento PAI	P	2		2.800.000	50	50	
			E	1		1.400.000			
	6	Realizar la búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de sarampión, la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC), según lineamiento de VSP	P	4		4.800.000	50	50	
			E	2		2.400.000			
Subsistema de análisis y divulgación	7	Reunión mensual del comité de vigilancia en salud pública COVE: Comportamiento de EISP, revisión de alertas y situaciones de brotes, análisis de las SISP registradas en el municipio, coberturas de vacunación, estadísticas vitales (residencia – atención) y socialización del protocolo de vigilancia en salud pública (postest).	P	11		19.800.000	40	40	
			E	4,4		7.920.000			
	8	Elaborar informe del comportamiento epidemiológico de los EISP, análisis de las SISP registradas en el municipio, coberturas de vacunación y estadísticas vitales. Remitirlo a la autoridad municipal. Primer trimestre (corte a 31 de marzo) segundo trimestre (corte a 30 de junio); Tercer trimestre (corte a 30 de septiembre) y último bimensual (corte a 30 de noviembre)	P	4		2.000.000	50	50	
			E	2		1.000.000			
	9	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) por residencia y atención (si aplica).	P	11		1.200.000	73	73	
			E	8		872.727			
Análisis de la situación de la salud	10	Realizar la actualización del documento e infografía del ASIS 2026 según lineamientos	P	1		2.500.000	0	0	
			E	0		0			
Subsistema de intervención	11	Seguimiento y control epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos y protocolos del INS	Morbilidad EISP Anexo 1	2.170.000		486.000		22	
			Brotes EISP Anexo 2			0		0	
			Mortalidad EISP Anexo 3			0		0	
	Subtotal			2.170.000		486.000		22	

Subsistema de formación	12	Participar en el proceso de formación continua y entrenamiento en competencias para la vigilancia y respuesta en salud pública.	P	11	1.760.000	61	61	
			E	6,7	1.072.000			
Vigilancia basada en comunidad VBC	13	Realizar la caracterización de organizaciones de base comunitaria	P	1	200.000	100	100	
			E	1	200.000			
	14	No de vigías y gestores a identificar en el municipio para la RevCom	P	6				
		Conformación de la red de vigilancia basada en comunidad - RevCom y realizar el registro de sus integrantes en el aplicativo VBC del Sivigila. https://sivigilaweb.ins.gov.co/VBC/ Módulo 1. Abordaje en la comunidad de la red de vigilancia basada en la comunidad Módulo 2. Generalidades de la Vigilancia en Salud Pública de la Red de Vigilancia Basada en la Comunidad Módulo 3. Reporte comunitario de vigilancia basada en la comunidad: SISP	P	1	500.000	100	100	
			E	1	500.000			
	15	Recolección, registro, gestión y análisis de las SISP reportadas por la comunidad mediante el aplicativo VBC del Sivigila.	P	48	1.440.000	0	0	
			E	0	0			
	16	Realizar reunión del COVECOM con el fin de analizar las situaciones de interés en salud pública – SISP registradas en el municipio y fortalecer las capacidades y el entrenamiento a los agentes comunitarios	P	4	2.000.000	0	0	
			E	0	0			
	17	Realizar el reporte de seguimiento a la implementación de la estrategia de VBC en el municipio por periodo epidemiológico.	P	11	880.000	73	73	
			E	8	640.000			
	18	Realizar acción de generación de incentivo y distintivo para la RevCom	P	1	800.000	0	0	
			E	0	0			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				49.000.000	20.540.727		41,9%	

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

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
IBETH MILENA PARRA CARO	Gerente	
NAYSETH RIAÑO RUSSI	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	
ANA MARCELA NIÑO DÍAZ	Supervisor SESALUB	

Boyacá Contratación DIANA FERNANDA LEON

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235306720

(415)7707212489984(8020) 000014123530672 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 2 9 1	5	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 CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI - BOYACÁ

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Maripí 4 4 2

41. Dirección principal
CL 5 3 27

42. Correo electrónico centrodesaludrafaelsalgado@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 2 9 8 7 6 2	

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 2 1	1 9 9 8 1 2 0 2							

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	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
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 2026-02-12 / 03:35:18PM

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 PARRA CARO IBETH MILENA
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 141235306720

(415)7707212489984(8020) **000014123530672 0**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
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: 141235306720

(415)7707212489984(8020) **000014123530672 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 2 9 1	5	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 Ciudadaní 1 3	5 2 7 1 7 2 5 6		
104. Primer apellido	**105. Segundo apellido**	**106. Primer nombre**	**107. Otros nombres**
PARRA	CARO	IBETH	MILENA
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
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141235306720

(415)7707212489984(8020) **000014123530672 0**

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

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 9 3 3 5 7 4	2	T 1 8 3 6 3 0

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CANTOR	BELTRAN	JAMIE	PAHOLA

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

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 5 0 1 0 2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO