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

ACTA PARCIAL	02			
FECHA PRESENTE ACTA	21/10/2026			
CONTRATO X CONVENIO __	CO1.PCCNTR.8525325/3679		DE FECHA:	05/11/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 97			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL / RL: LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ			NIT: 820.003.641-1
				C.C: 1054678677
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL			C.C: 40026923
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:	$30.500.000.00		
	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	$30.500.000.00			
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 INICIACIÓN	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 **221** AÑO: 2026

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, Interventor/Supervisor y el señor (a) LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ 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	$30.500.000	
Amortización Anticipo		$0.00
Valor a pagar de la presente acta		$12.200.000
Valor total actas pagadas		$9.150.000
Saldo por ejecutar		$9.150.000
Sumas iguales	$30.500.000	$30.500.000

*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: 038-172773-86	BANCO: Bancolombia	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.

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

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON - 1345 - 2026

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

Firma: _____
Nombre: LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL

* 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

Certificado Bancario

Miércoles, 21 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SAL identificado(a) con NIT 820003641, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	03817277386	2013/12/17	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Empresa Social Del Estado Puesto de Salud San Miguel

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621, 8622

Calle 6 #7-07 Teléfono: 3233208265 **NIT: 820003641-1**

Factura Electrónica de Venta **No. FE278004** Fecha emisión 21/10/2026

Autoriza DIAN 18764086680109, Fecha: 2025-01-02 hasta 2027-01-02, Prefijo FE, Factura 276943 al 278942.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 19/01/2027

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	Por concepto de atencion a los usuarios del contrato PAGO ACTA PARCIAL N 2 CONTRATO 3679 DE 2026 SALUD PUBLICA 2026	12,200,000.00	1.00	12,200,000.00

Valor total factura electrónica #FE278004 12,200,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **12,200,000.00**

Valor EN LETRAS: DOCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

IPS siau@ese-tuta-boyaca.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: 038-172773-86 Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA - Corriente

CUFE: 963241d49144dc05e4d0c80c8e2d035b3554448ca8746bfa997fc2859d6c2553423ad90015467cd105a64b13235be237
Documento generado el 21/10/2026 08:55 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

CERTIFICACIÓN

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD

SAN MIGUEL DE TUTA

Nit 820003641-1

CERTIFICA

Que la E.S.E. Puesto de Salud San Miguel de Tuta, identificada con Nit: 820.003.641 – se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto relacionado con sus obligaciones respecto al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Aportes a la Caja de compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje exigidos por la ley desde el 1 de enero del año 2026 al 31 de agosto del año 2026.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Se expide la presente certificación a los veintiún (21) días del mes de octubre de 2026.

LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ
C.C.1.054.678.677
GERENTE E

E.S.E. SAN MIGUEL TUTA
Comprometidos con Proteger tu Salud

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.8525325 /3679	DE	2025	FECHA:	5	de	NOVIEMBRE	de	2025			
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 30.500.000,00			RPC	221							
REGISTRO BP y P No.	202500000032686											
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL											

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 97

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		
Teléfono: 7420111	Dirección:	Avenida Colón N° 22 a 16	
FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	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)	30	12	2026

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	28	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

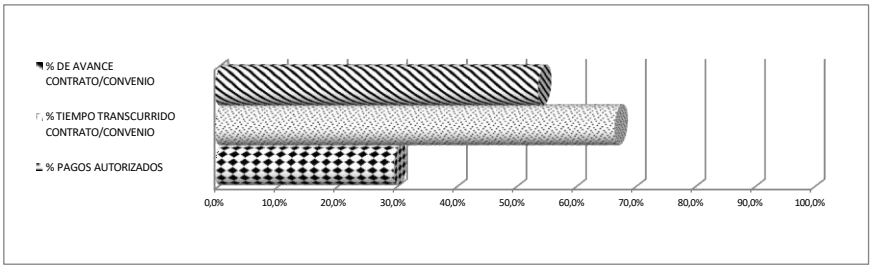
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO			
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)	DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el o los municipios de: TUTA, 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 pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá	Las actividades se presentan en los soportes definidos	X			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	X			
5. Apoyar el desarrollo de las estrategias de vigilancia basada en casos predefinidos para los eventos de interés en salud pública y vigilancia basada en comunidad de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	Se desarrollan las estrategias de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	X			
6. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo.	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	X			

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

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	54,2%	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	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.	038-172773-86	FIDUCIA No.:		BANCO:	BANCOLOMBIA	
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:						
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL					

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	30%	28	08	2026	$ 9.150.000,00
Acta parcial 02	40%				
Acta de recibo final a satisfacción					
TOTAL					$ 9.150.000,00

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

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
Nombre y Firma Supervisor o Interventor

Gobernación de Boyacá
Contratación
JUAN FELIPE DAZA BERNAL
Fecha: 23.10.2026

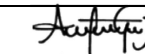
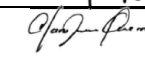
NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: "No aplica o N.A."

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

MUNICIPIO		TUTA		N° CONTRATO	CO1.PCCNTR.852 5325/3679		VALOR DEL CONTRATO			$ 30.500.000
ENTIDAD		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL					FECHA DE INICIO			08/01/2026
							FECHA DE TERMINACIÓN			30/12/2026
COMPONENTE	N°	ACTIVIDADES			N° DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la actualización de la caracterización de UPGD y UI en el SIVIGILA		P	1		30.000	100	100	
				E	1		30.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.		P	52		2.600.000	65	65	
				E	34		1.700.000			
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		960.000	63	63	
				E	7,5		600.000			
	5	Apoyar el Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores y la Encuesta de Evaluación de Coberturas (ECV), según lineamiento PAI		P	2		1.800.000	50	50	
				E	1		900.000			
	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		3.600.000	50	50	
				E	2		1.800.000			
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		7.920.000	73	73	
				E	8		5.760.000			
	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		800.000	50	50	
				E	2		400.000			
	9	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) por residencia y atención (si aplica).		P	11		1.000.000	73	73	
				E	8		727.273			
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			
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		1.590.000		476.000		30	
			Brotes EISP Anexo 2				100.000		6	
			Mortalidad EISP Anexo 3				200.000		13	
	Subtotal				1.590.000		776.000		49	
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	51	51	
				E	5,64		902.400			

COMPONENTE	Nº	ACTIVIDADES	Nº DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
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	4	4	
			E	2	60.000			
	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	1.600.000	25	25	
			E	1	400.000			
	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	100	100	
			E	1	800.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS			30.500.000		16.535.673		54,2%	

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
LIZ NATALIA CELY RODRIGUEZ	Gerente	
ANDREA TATIANA GARCÍA	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	
CLARA SONIA GUERRERO BERNAL	Supervisor SESALUB	

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Numero de formulario 141003558859

(415)7707212489984(8020) 000014100355885 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 6 4 1	1	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 PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tuta 8 3 7

41. Dirección principal
CL 6 7 07

42. Correo electrónico tesoreria@ese-tuta-boyaca.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	9 8 7 3 5 1 1 1 3	3 1 0 5 8 2 3 3 8 0

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	2 0 0 3 0 3 2 5	8 6 2 2	2 0 0 3 0 3 2 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	4	2	5	2																	

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2024-04-02 / 12:11:39PM

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 DIAZ PARRA HERNAN DARIO
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003558859

(415)7707212489984(8020) **000014100355885 9**

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

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 1 0 1		-
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: 141003558859

(415)7707212489984(8020) **000014100355885 9**

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CELY	RODRIGUEZ	LIZ	NATALIA

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: 141003558859

(415)7707212489984(8020) **000014100355885 9**

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

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
VIASUS	ROJAS	LILIANA	ROCIO

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