| INFORME No. 01 | |
|---|---|
| **PERÍODO: 23 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024** | |
| **I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO** | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | NIT |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN** | 800095174-2 |
| **TIPO DE CONTRATO** | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO |
| **NÚMERO DE CONTRATO** | CD-CI-ADM-488-2024 |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **FECHA DE INICIO** | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 31 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN** | TRES (03) MESES |
| **PRÓRROGA No. 1** (Cuando Aplique)<br>**Adicione las filas necesarias de acuerdo al número de prórrogas del contrato* | N/A |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO** | TRES (03) MESES |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $212.444.750 |
| **VALOR ADICIÓN No. 1** (Cuando Aplique) | N/A |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | DOSCIENTOS DOCE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS ($212.444.750) M/CTE |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA REALIZAR ACCIONES CONTENIDAS EN EL PLAN NACIONAL DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL EN EL MUNICIPIO DE TENJO. |

| **II. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES** | $212.444.750 |
| **VALOR DEL PERIODO A COBRAR** | $.000 |
| **PAGOS ACUMULADOS INCLUIDO EL PRESENTE PAGO** | $.000 |
| **SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO** | $212.444.750 |
| **No. DEL REGISTRO PRESUPUESTAL** | 2024001909 |

| III. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. PLANILLA** | **EPS** | **AFP** | **FSP**** | **ARL** | **TOTAL PLANILLA** |
| | SE ANEXA CERTIFICACION | SE ANEXA CERTIFICACION | SE ANEXA CERTIFICACION | SE ANEXA CERTIFICACION | SE ANEXA CERTIFICACION |
| El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.<br>** Fondo Solidaridad Pensional: Cotizar el 1% adicional cuando el IBC es superior a 4 SMLMV | | | | | |

| IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** | **ACTIVIDAD DESARROLLADA** | **PRODUCTO Y/O SOPORTE** |
| 1. Realizar un plan de trabajo para determinar la ejecución de sus obligaciones en tiempo, modo y lugar; concertado con el supervisor del contrato dentro de los 10 primeros días posteriores a la firma del acta de inicio. | No se desarrollaron actividades para esta obligación durante el periodo registrado | ▪ No se anexan soportes |
| 2. Presentar cronogramas de actividades mes a mes (Proyectado y ejecutado), los cinco primeros días de inicio del periodo de pago, total 10 cronogramas (5 proyectados y 5 ejecutados). | No se genero un cronograma de actividades teniendo en cuenta que para el periodo registrado no se contaba con el equipo de ejecución para el proceso contractual | ▪ No se adjuntan soporte para este periodo |
| 3. Realizar archivo físico y en medio magnético de los soportes de la ejecución contractual mensualmente de acuerdo a la normatividad vigente. | No se realizaron actividades de gestión documental para el periodo registrado | ▪ No se adjuntan soportes para este periodo |

## V. DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA

En mi calidad de contratista de la Alcaldía Municipal de Tenjo y con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 789 de 2002 y demás Decretos Reglamentarios, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato Interadministrativo **N° CD-CI-ADM-488-2024.**

De igual forma, manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las desarrolladas en el periodo indicado, para lo cual declaro que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

**FIRMA**
**Nombre: ALEJANDRO RIVERA MOYA**
**Gerente E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo**
**No. Identificación: 79.242.113 de Bogotá**

## VI. SUPERVISIÓN AL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del **Contrato Interadministrativo N° CD-CI-ADM-217-2024.** y de acuerdo a lo previsto en el artículo 26 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, las cuales definen las obligaciones y faltas en que puede incurrir el supervisor del contrato, certifico la verificación y el cumplimiento a cabalidad de todas y cada una de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista durante el periodo comprendido entre el **23 de septiembre y el 30 del septiembre** del año 2024.

De igual manera certifico que el pago de la planilla de Seguridad Social Integral y Parafiscales fue realizado oportunamente de conformidad a lo establecido en la Ley 789 de 2002, artículo 244 de la Ley 1955 de 2019 y demás Decretos reglamentarios. Para tal efecto se verificó con la certificación emitida por el Representante Legal de la ESE Hospital Santa Rosa.

**FIRMA**
**Nombre: VANESSA STEFANIA QUEVEDO GARAY**
**No. Identificación:1078368542**
**Cargo: Secretaría de Protección Social**

La presente se firma en el Municipio de Tenjo – Cundinamarca, a los DOCE (**12**) días del mes de NOVIEMBRE de 2024

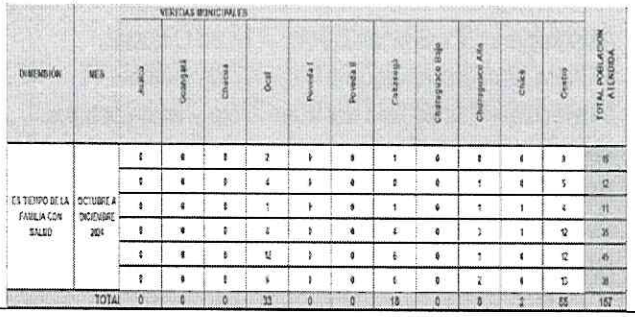
| IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | |
|---|---|---|
| 4. Realizar informe mensual de actividades (5) | Se genera informe numero 1 para proceso de contratación del equipo ejecutor | ▪ Relacion Equipo ejecutor contratado |
| 5. Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos requeridas. | No se realizan actividades para el periodo registrado | No se adjuntan soportes |
| 6. Realizar un informe mensual de población caracterizada por ciclo de vida, lugar de residencia, género y enfoque diferencial. | No se realiza informe mensual de población identificada al no contar con equipo ejecutor | No se adjunta soporte |
| 7. Elaborar un informe final y trimestral de actividades, que refleje las actividades desarrolladas en el transcurso de la ejecución del contrato con su respectivo análisis. | No se realizan actividades para el periodo registrado | No se adjuntan soportes |
| 8. Realizar el apoyo a otras actividades requeridas por el supervisor. | No se realizan actividades para el periodo registrado | No se adjuntan soportes |
| 9. Participar en los Comités técnicos y reuniones propuestas por la Secretaría de Protección Social y la Gobernación de Cundinamarca (cuando así se establezca) | No se realizan actividades para el periodo registrado | No se adjuntan soportes |
| 10. Desarrollar las actividades descritas en el Anexo Técnico. | Se realizó el proceso de identificación de personal profesional y técnico para la respectiva contratación con la ESE | Relacion de personal contratado para los Equipos de ejecución |

| INFORME No. 02 | |
|---|---|
| PERÍODO: 01 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DE 2024 | |
| I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | NIT |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN** | 800095174-2 |
| **TIPO DE CONTRATO** | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO |
| **NÚMERO DE CONTRATO** | CD-CI-ADM-488-2024 |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **FECHA DE INICIO** | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 31 DE DICIEMBRE DE 2024 |
| **PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN** | TRES (03) MESES |
| **PRÓRROGA No. 1** (Cuando Aplique) | N/A |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO** | TRES (03) MESES |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $212.444.750 |
| **VALOR ADICIÓN No. 1** (Cuando Aplique) | N/A |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | DOSCIENTOS DOCE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS ($212.444.750) M/CTE |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA REALIZAR ACCIONES CONTENIDAS EN EL PLAN NACIONAL DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL EN EL MUNICIPIO DE TENJO. |

| II. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES** | $212.444.750 |
| **VALOR DEL PERIODO A COBRAR** | $55.211.404 |
| **PAGOS ACUMULADOS INCLUIDO EL PRESENTE PAGO** | $55.211.404 |
| **SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO** | $157.233.346 |
| **No. DEL REGISTRO PRESUPUESTAL** | 2024001909 |

| III. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. PLANILLA** | **EPS** | **AFP** | **FSP**** | **ARL** | **TOTAL PLANILLA** |
| | SE ANEXA CERTIFICACIÓN | SE ANEXA CERTIFICACIÓN | SE ANEXA CERTIFICACIÓN | SE ANEXA CERTIFICACIÓN | SE ANEXA CERTIFICACIÓN |
| El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.<br>** Fondo Solidaridad Pensional: Cotizar el 1% adicional cuando el IBC es superior a 4 SMLMV | | | | | |

| IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS** | **ACTIVIDAD DESARROLLADA** | **PRODUCTO Y/O SOPORTE** |
| 1. Realizar un plan de trabajo para determinar la ejecución de sus obligaciones en tiempo, modo y lugar; concertado con el supervisor del contrato dentro de los 10 primeros días posteriores a la firma del acta de inicio. | Se elaboró formato de Plan de Trabajo con la descripción de las estrategias a realizar durante el tiempo estipulado en la ejecución del contrato. Esta matriz se nutre mensualmente de acuerdo al cumplimiento de las obligaciones contractuales y en la misma puede evidenciarse el cumplimiento a cabalidad de las metas establecidas en el inicio de la vigencia. Este plan de trabajo está sujeto a futuros cambios y/o retroalimentaciones por parte de Hospital Santa Rosa y/o el programa de Salud Pública. | Carpeta N° 1: "Plan de Trabajo"<br>▪ Matriz de Excel |
| 2. Presentar cronogramas de actividades mes a mes (Proyectado y ejecutado), los cinco primeros días de inicio del periodo de pago, total 10 cronogramas (5 proyectados y 5 ejecutados). | Se elaboraron dos cuadros con cronograma día a día del mes, describiendo las actividades y/o espacios llevados a cabo por el equipo PIC y proyectados para ejecutarse durante el siguiente mes. | Carpeta N° 2: "Cronogramas"<br>▪ Hoja de Excel de cronograma indicando las actividades ejecutadas por el equipo PIC día a día durante el período comprendido del 17 al 30 de octubre de 2024.<br>▪ Hoja de Excel de cronograma indicando las actividades proyectadas a llevarse a cabo por el equipo PIC día a día durante el período comprendido del 01 al 30 de Noviembre 2024. |

| IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | |
|---|---|---|
| 3. Realizar archivo físico y en medio magnético de los soportes de la ejecución contractual mensualmente de acuerdo a la normatividad vigente. | Se realizó entrega del periodo correspondiente al periodo del 17 al 31 de Octubre a través de medio magnético con los soportes de la ejecución de las actividades en el marco del objeto contractual, de acuerdo a la normatividad vigente. | Carpeta N° 3: "Archivo Físico y Digital"<br>▪ Soporte fotográfico<br>▪ Matrices de impacto<br>▪ Matrices de distribución territorial |
| 4. Realizar informe mensual de actividades (3) | Se construyó informe mensual con la descripción detallada de las obligaciones específicas del contrato interadministrativo N° CD-CI-ADM-217-2024, correspondiente al periodo comprendido entre el 17 al 30 de Octubre 2024. | Carpeta N° 4: "Informe Mensual"<br>▪ Documento en formato Word con informe mensual |
| 5. Diligenciar y mantener actualizadas las bases de datos requeridas. | Se diligenció a través de la plataforma SURVEY123 la información de las fichas familiares captadas en los 9 microterritorios por parte de las nueve auxiliares de enfermería. La base de datos dispuesta por el Departamento será recibida en el mes de octubre y en adelante una vez cada semana. | Carpeta N° 5: "Bases de Datos"<br>▪ Base de Datos en Excel, remitida por Gobernación |
| 6. Realizar un informe mensual de población caracterizada por ciclo de vida, lugar de residencia, género y enfoque diferencial. | Se realizó informe mensual de familias caracterizadas (visitas efectivas) con información diferenciada por curso de vida, Microterritorio, género y enfoque diferencial. (Matriz anexa)<br> | Carpeta N° 6: "Población Caracterizada"<br>▪ Matriz de Excel sobre Población caracterizada |
| 7. Elaborar un informe final y trimestral de actividades, que refleje las actividades desarrolladas en el transcurso de la ejecución del contrato con su respectivo análisis. | En el presente mes se inició la recopilación de la información para generar el informe trimestral sobre la ejecución del PIC. De igual forma, se presentará el informe final en el último informe del contrato interadministrativo. | Carpeta N° 7: "Informe trimestral y final"<br>▪ Soporte fotográfico<br>▪ Matrices de impacto<br>▪ Informes contractuales de equipo PIC |

| IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | |
|---|---|---|
| | | |
| 8. Realizar el apoyo a otras actividades requeridas por el supervisor. | Durante el periodo del 17 al 30 del mes de mayo se apoyó a la supervisión con la participación y el acompañamiento de las auxiliares de enfermería del PIC en un (1) Monitoreo, llevado a cabo el día martes 29 de octubre en las Veredas Churuguaco Alto y Urbanización El Ocal, junto con el Hospital del Municipio de Cáqueza, Cundinamarca.<br><br>De igual manera el equipo PIC apoyo las siguientes actividades establecidas bajo la supervisión contractual:<br>▪ Apoyo equipo PIC en Jornada "Médico en tu territorio", vereda La Punta – 19 de octubre<br>▪ Jornada de salud, Secretaría de Protección Social – 23 de octubre<br>▪ Jornada de vacunación casa a casa, vereda Chitasuga – 26 de octubre | Carpeta N° 8: "Apoyo a la Supervisión"<br><br>▪ Formato JPG con tabla de apoyos en monitoreos<br>▪ Soporte fotográfico de apoyo presentado por equipo PIC |
| 9. Participar en los Comités técnicos y reuniones propuestas por la Secretaría de Protección Social y la Gobernación de Cundinamarca (cuando así se establezca) | Durante el periodo del 17 al 30 del mes de octubre el equipo PIC participó en los siguientes comités y espacios de asistencia técnica:<br><br>▪ Asistencia a COVE MUNICIPAL – 17 de Octubre<br>▪ Primera reunión con equipo PIC – 17 de Octubre<br>▪ Asistencia a Comité Red del Buen Trato – 24 de octubre<br>▪ Asistencia Técnica con referente de Salud Laboral, Gobernación de Cundinamarca – 24 de octubre<br>▪ Jornada de capacitaciones para fortalecimiento de equipo PIC – 30 de octubre | Carpeta N° 9: "Comités y Reuniones"<br><br>▪ Listados de asistencia<br>▪ Soporte Fotográfico |
| 10. Desarrollar las actividades descritas en el Anexo Técnico. | Durante el periodo del 17 al 30 del mes de octubre se desarrollaron las actividades descritas en el anexo técnico relacionadas con las siguientes dimensiones, teniendo en cuenta que al presente mes no se cuenta con la totalidad del equipo de profesionales:<br>▪ ES TIEMPO DE LA FAMILIA CON SALUD<br>▪ ES TIEMPO DE LA VIDA SALUDABLE | Carpeta N° 10: "Cumplimientos Anexo Técnico" |

## IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ ES TIEMPO DE LA SEXUALIDAD SANA<br>▪ ES TIEMPO DE LA VIDA SALUDABLE - TB Y PAI<br>▪ ES TIEMPO DE LA SALUD MENTAL<br>▪ ES EL TIEMPO DE LA SANA ALIMENTACIÓN<br>▪ ES EL TIEMPO DE LA SALUD ORAL<br>▪ ES EL TIEMPO DEL TRABAJO SALUDABLE | ▪ Matriz Excel de cumplimiento de acciones por dimensión |

## V. DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA

En mi calidad de contratista de la Alcaldía Municipal de Tenjo y con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 789 de 2002 y demás Decretos Reglamentarios, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, corresponden a los ingresos provenientes del Contrato Interadministrativo **N° CD-CI-ADM-488-2024.**

De igual forma, manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las desarrolladas en el periodo indicado, para lo cual declaro que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

**FIRMA**
**Nombre: ALEJANDRO RIVERA MOYA**
**Gerente E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo**
**No. Identificación: 79.242.113 de Bogotá**

## VI. SUPERVISIÓN AL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del **Contrato Interadministrativo N° CD-CI-ADM-488-2024.** y de acuerdo a lo previsto en el artículo 26 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, las cuales definen las obligaciones y faltas en que puede incurrir el supervisor del contrato, certifico la verificación y el cumplimiento a cabalidad de todas y cada una de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista durante el periodo comprendido entre el **1 de Octubre y el 30 de octubre** del año 2024.

De igual manera certifico que el pago de la planilla de Seguridad Social Integral y Parafiscales fue realizado oportunamente de conformidad a lo establecido en la Ley 789 de 2002, artículo 244 de la Ley 1955 de 2019 y demás Decretos reglamentarios. Para tal efecto se verificó con la certificación emitida por el Representante Legal de la ESE Hospital Santa Rosa.

**FIRMA**
**Nombre: VANESSA STEFANIA QUEVEDO GARAY**
**No. Identificación:1078368542**
**Cargo: Secretaría de Protección Social**

La presente se firma en el Municipio de Tenjo – Cundinamarca, a los DOCE (**12**) días del mes de NOVIEMBRE de 2024