# Actividad N° 1

# ACTA DE INICIO

# ACTA DE INICIO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. SS-CDCVI-1440-2024

| INFORMACIÓN GENERAL | |
|---|---|
| **FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO**<br>28 DE DICIEMBRE 2024 | **TIPO DE CONTRATO O CONVENIO**<br>Convenio Interadministrativo |
| **PLAZO DE EJECUCION:**<br>OCHO (08) MESES | **VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO**<br>$ 291.180.000 |
| **NUMERO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) Y FECHA**<br>ORDENAZA 017 DE 2024 "POR LA CUAL SE AUTORIZA AL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA QUE ASUMA OBLIGACIONES QUE AFECTAN EL PRESUPUESTO DE VIGENCIAS FUTURAS ORDINARIAS Y EXCEPCIONALES EN EL NIVEL CENTRAL Y DESCENTRALIZADO | **NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y FECHA:**<br>ORDENAZA 017 DE 2024 "POR LA CUAL SE AUTORIZA AL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA QUE ASUMA OBLIGACIONES QUE AFECTAN EL PRESUPUESTO DE VIGENCIAS FUTURAS ORDINARIAS Y EXCEPCIONALES EN EL NIVEL CENTRAL Y DESCENTRALIZADO |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO O CONVENIO**<br>2 DE ENERO DE 2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO**<br>1 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **ANTICIPO** ☐<br>**PAGO ANTICIPADO** ☐ | **VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO**<br>N/A |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** DIANA MARCELA FORERO DELGADO<br>**IDENTIFICACION:** 1.069.719.351<br>**CARGO: Directora** Operativa<br>**AREA** Dirección de Desarrollo y Gestión de la red de Prestación de Servicios | **NOMBRE DEL INTERVENTOR**<br>N/A |
| **CONTRATANTE:**DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA – SECRETARIA DE SALUD – DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **CONTRATISTA O PARTE DEL CONVENIO:**<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR<br>NIT 860.024.030-5 |
| **OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO**<br>AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MÉDICO EN TU TERRITORIO CUIDANDO TU SALUD Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS | |

| VERIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE EJECUCION | | |
|---|---|---|
| Garantías | SI: | NO: X |
| Aseguradora | | |
| Número de la Garantía y fecha de Aprobación | | |
| Discrimine amparos y porcentaje | | |
| | | |
| Fecha de cobertura a la ARL (cuando aplique) | N/A | |

Para efectos legales, se firma en la ciudad de Bogotá el día dos (2) del mes de enero del año 2025.

**DERLY LISETH MURCIA GUANA**
Representante Legal
E.S.E. HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR
CONTRATISTA Y/O PARTE DEL CONVENIO

**DIANA MARCELA FORERO DELGADO**
SUPERVISOR