

INFORME No. 01	
PERÍODO: 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2025	
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-311-2025
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	31 DE MARZO DE 2024
FECHA DE INICIO	31 DE MARZO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	30 DE DICIEMBRE DE 2024
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	NUEVE (09) MESES
PRÓRROGA No. 1 (Cuando Aplique) <i>*Adicione las filas necesarias de acuerdo al número de prórrogas del contrato</i>	N/A
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL FUTURO CONTRATO SERÁ DE NUEVE (09) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO DEL MISMO Y PREVIO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 41 DE LA LEY 80 DE 1993. EL CONTRATO TENDRÁ UNA VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS, PARA EFECTOS DE LA LIQUIDACIÓN DE SER NECESARIA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$464.750.000) M/CTE
VALOR ADICIÓN No. 1 (Cuando Aplique)	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$464.750.000) M/CTE
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA REALIZAR ACCIONES CONTENIDAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL PARA LA VIGENCIA 2025 CONTENIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DE TENJO, CUNDINAMARCA

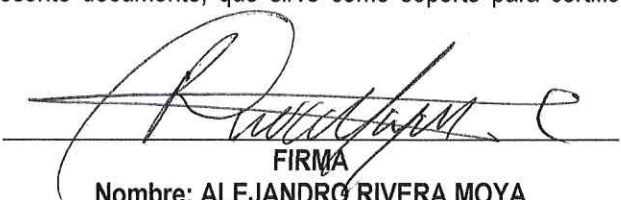
II. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	\$464.750.000
VALOR DEL PERIODO A COBRAR	\$.000

II. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
PAGOS ACUMULADOS INCLUIDO EL PRESENTE PAGO	\$.000
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	\$464.750.000
No. DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	2025000862

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.					
** 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 generó 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	No se realizaron actividades de gestión documental para el periodo registrado	

IV. INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
los soportes de la ejecución contractual mensualmente de acuerdo a la normatividad vigente.		▪ No se adjuntan soportes para este periodo
4. Realizar informe mensual de actividades (5)	Se genera informe número 1 para proceso de contratación del equipo ejecutor	▪ Relación 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	Relación de personal contratado para los Equipos de ejecución

V. DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA
<p>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-311-2025.</p> <p>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.</p> <div><p>FIRMA</p><p>Nombre: ALEJANDRO RIVERA MOYA Gerente E.S.E. Hospital Santa Rosa de Tenjo No. Identificación: 79.242.113 de Bogotá</p></div>

VI. SUPERVISIÓN AL CONTRATO
<p>En mi calidad de Supervisor del Contrato Interadministrativo N° CD-CI-ADM-311-2025. 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 01 de Abril y el 30 de Abril del año 2025.</p> <p>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.</p> <div><p>FIRMA</p><p>Nombre: VANESSA STEFANIA QUEVEDO GARAY No. Identificación: 1078368542 Cargo: Secretaría de Protección Social</p></div>

La presente se firma en el Municipio de Tenjo – Cundinamarca, a los Nueve (09) días del mes de JUNIO de 2025