# GOBERNACIÓN DEL CESAR
## INFORME DE ACTIVIDADES

**CA123025015**
**30-12-2025 11:31:14 a.m.**



**DATOS DEL CONTRATISTA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos | E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS | c.c o NIT | 892300175-4 | Teléfono | 3166228642 |
| Clasificación P.N | N/A | Dependientes | NO | ¿Es Pensionado? | NO |
| Régimen | NO RESPONSABLE DE IVA | Pens. Voluntarias | $ 0,00 | ¿Es Declarante de Renta? | NO |
| No. Cuenta Bancaria | 282011881 | | | Intereses Vivienda | $ 0,00 |
| Tipo de Cuenta | CORRIENTE | | | | |
| Banco al cual Consignar | BBVA COLOMBIA | ¿Sus Ingresos en el 2024 Superaron $ 65.891.000,00? | | | NO |

**DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. del contrato | 2025030026 | No. RP | 3538 | Modalidad Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS) | Informe No. | 8 de 10 |
| No. del Proceso SECOP II | CO1.PCCNTR.7815867 | Periodo Cobrado | del 01/11/2025 al 30/11/2025 | ¿Factor Multiplicador en Retefuente? | | | NO |
| Tipo de Contrato | OTRO | Justificación de la Modalidad | | CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS (CON VALOR) | | | |

**OBJETO**
CONCURRIR EN LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE CHIRIGUANÁ - CESAR

**FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS**
El Departamento del Cesar, realizará un primer desembolso correspondiente a 3 (tres) días del mes de abril de 2025, equivalente a SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS ($7.583.230) M/L. Ocho (8) desembolsos iguales mensuales por valor de SETENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS ($75.831.540) M/L, previo cumplimiento de las metas mensuales pactadas, debidamente certificadas por el supervisor del convenio. Y un noveno desembolso por valor de DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS ($18.996.976) M/L, correspondiente al 3% del total del convenio, en cumplimiento a lo descrito en el artículo 8, numeral 8.7 de la Resolución 484 de 2024 “El valor a girar de manera mensual, precisando los requisitos o condiciones para los respectivos desembolsos. Dejando un porcentaje no superior al 5% del valor del contrato para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones. NOTA: Dichos desembolsos requerirán además de la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y/o interventor del contrato, paz y salvo de los pagos al sistema de seguridad social integral (AFP, EPS y ARL) y parafiscales: SENA, ICBF y CCF, conforme los requerimientos de ley.

| No. de Poliza | Amparo | Valor Amparado | Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|---|---|---|
| 4259807 | CUMPLIMIENTO | $ 63.323.253,00 | 28/04/2025 | 30/06/2026 |

| | |
|---|---|
| Valor Antes de Iva | $ 75.831.540,00 |
| Más: IVA | $ 0,00 |
| Valor Total | $ 75.831.540,00 |
| Menos: Amortización | $ 0,00 |
| Menos: Glosa antes IVA | $ 0,00 |
| Menos: Glosa IVA | $ 0,00 |
| Valor Total Glosado | $ 0,00 |
| Menos: Otros Descuentos | $ 0,00 |
| Valor Neto a Cobrar | $ 75.831.540,00 |

**DOCUMENTO SOPORTE DEL COBRO**

| | |
|---|---|
| Cuenta de Cobro | ☐ |
| Factura | ☒ |
| Inf. de Actividades | ☐ |

**SOLO PARA CONTRATOS DE OBRA**

| | | |
|---|---|---|
| Administración | 0 % | $ 0,00 |
| Imprevistos | 0 % | $ 0,00 |
| Utilidades | 0 % | $ 0,00 |

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**

| Mes Cotizado | No. Planilla | Salud | Pensión | ARL | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOVIEMBRE - 25 | 9495523084 | $ 16.335.900,00 | $ 21.469.800,00 | $ 3.095.000,00 | $ 11.432.800,00 | $ 52.333.500,00 |
| NOVIEMBRE - 25 | 9495523080 | $ 4.924.400,00 | $ 5.881.100,00 | $ 888.700,00 | $ 3.509.300,00 | $ 15.203.500,00 |

**PAGO DE IMPUESTOS**

| Impuesto | No. Liquidación | Valor Base | Tarifa | Valor Impuesto |
|---|---|---|---|---|

**PARA LOS EFECTOS LEGALES Y BAJO GRAVEDAD DEL JURAMENTO, MANIFIESTO QUE**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual descritas en el formato anexo.
2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, que los aportes Voluntarios a cuentas AFC y FVP, corresponden a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.
3. Que pertenezco a la categoría descrita en la casilla "Clasificación P.N."
4. Toda la información aquí suministrada es verídica.

RADICADO

**FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN SIRCC II**
**#FE122925333**

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS
**CONTRATISTA**

 Todos los derechos reservados.

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos | E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS | | | c.c o NIT | 892300175-4 | Teléfono | 3166228642 |
| **DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | | |
| No. del contrato | 2025030026 | No. RP | 3538 | Modalidad Contratación | CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS) | Informe No. | 8 de 10 |
| No. del Proceso SECOP II | CO1.PCCNTR.7815867 | Periodo Cobrado | del 01/11/2025 al 30/11/2025 | | ¿Factor Multiplicador en Retefuente? | | NO |
| Tipo de Contrato | OTRO | | | Justificación de la Modalidad | CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS (CON VALOR) | | |

| ITEM | OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES |
|---|---|---|
| 1 | Garantizar la consecución de los indicadores establecidos en el numeral 1.2 de este estudio. | La ESE garantiza la consecución de los indicadores establecidos en el numeral 1.2 de este estudio. |
| 2 | Suministrar los informes en los plazos estipulados. | La ESE suministra los informes en los plazos estipulados. |
| 3 | Garantizar durante el plazo de ejecución la atención del cien por ciento (100%) de los servicios de salud, en el lugar que la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar le indique. | La ESE garantiza durante el plazo de ejecución la atención del cien por ciento (100%) de los servicios de salud, en el lugar que la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar le indique. |
| 4 | Cumplir con las condiciones particulares de atención, descritas en este estudio previo. | La ESE cumple con las condiciones particulares de atención, descritas en este estudio previo. |
| 5 | Garantizar el acceso de los servicios de salud a la Población beneficiada en el municipio de Chiriguaná, departamento del cesar. | La ESE garantiza el acceso de los servicios de salud a la Población beneficiada en el municipio de Chiriguaná, departamento del cesar. |
| 6 | Garantizar con la propuesta que realizará la atención, socialización, y cumplimiento de los indicadores de atención en salud. | La ESE garantiza con la propuesta que realizará la atención, socialización, y cumplimiento de los indicadores de atención en salu |
| 7 | Cumplir las demás inherentes al objeto contractual. | La ESE cumple las demás inherentes al objeto contractual |