Gobernación de Cundinamarca	LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO	Código: A-GF-FR-079
		Versión: 2
	GESTIÓN FINANCIERA	Fecha de Aprobación: 10/sep/2024

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 4

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO. FECHA :

PARÁMETRO	RESULTADO		SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
	C	NC		
¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado?			FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 4	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?			FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017- VERSIÓN 3	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?			PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?			INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?			CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?			SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?			SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?			CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?			PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?			OTROS	

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

Funcionario responsable de realizar la entrega _____

Funcionario responsable de la recepción _____

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-FR-033
		VERSIÓN: 06
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 04/09/2025

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el Manual de gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	12	5	2026		9	1	2026		8	7	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-1154-2025	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	8600375929

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 3 6 31	HTENJO@CUNDINaMARCA.GOV.CO	3108659363

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO EN EL FORTA LECIMIENTO 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 DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEXTA - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: El presupuesto oficial para el presente convenio es de VEINTIOCHO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS ($ 28.048.284) M/CTE. apropiados en la Ordenanza Departamental de Cundinamarca N.° 040 de 2025 "Por la cual se autoriza al Gobernador del departamento de Cundinamarca para que asuma obligaciones que afecten el presupuesto de vigencias futuras ordinarias y excepcionales en el nivel central y descentralizado" que aprobó para la meta del producto de la Meta 6/102 implementar en los 101 municipios de categoría 4,5 y 6 el programa "Medicos en tu Territorio, Cuidando Tu Salud". CLAUSULA SEPTIMA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El valor total del convenio interadministrativo será de VEINTIOCHO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS ($ 28.048.284) M/CTE de los cuales: La Secretaría de Salud de Cundinamarca, aportará la suma de VEINTIOCHO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS ($ 28.048.284) M/CTE. 1. Un PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de enero de 2026, por un valor de SIETE MILLONES DOCE MIL SETENTA Y UN PESOS ($7.012.071) M/CTE, correspondiente al 25% del valor total del convenio. 2. Un SEGUNDO DESEMBOLSO que se realizara en el mes de febrero de 2026, por un valor de SIETE MILLONES DOCE MIL SETENTA Y UN PESOS ($7.012.071) M/CTE, correspondiente al 25% del valor total del convenio. 3. Un TERCER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de marzo de 2026, por un valor de SIETE MILLONES DOCE MIL SETENTA Y UN PESOS ($7.012.071) M/CTE, correspondiente al 25% del valor total del convenio. 4. Un CUARTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de abril de 2026, por un valor de CINCO MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($5.609.657) M/CTE correspondiente al 20% del valor total del convenio. 5. Un QUINTO Y ULTIMO DESEMBOLSO, correspondiente al 5% del valor total del convenio, por un valor total de UN MILLÓN CUATROCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS CATORCE ($ 1.402.414) M/CTE. sujeto a la suscripción del acta de liquidación de conformidad con el Decreto Departamental 161 del 2024. NOTA 1: La E.S.E pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del convenio, de conformidad con la Ley Colombia. NOTA 2: En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de caja PAC, el sistema de pago utilizado por el Departamento y será consignada a una cuenta corriente o de ahorros de las instituciones Financieras que el CONTRATISTA registre en el formato titulado INFORMACION DE PROVEEDORES, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. NOTA 3: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se girarán de conformidad a la forma de desembolso anteriormente descrita, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el giro correspondiente al talento humano a contratar. PARAGRAFO: Los desembolsos se efectuarán previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria para el pago de los recursos con destinación específica; acreditando que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, seguridad social y riesgos laborales; y la presentación de la respectiva cuenta de cobro. RENDIMIENTOS FINANCIEROS Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, toda vez que estos pertenecen al presupuesto general del departamento. Y por lo tanto están reglados en materia de rendimientos financieros, temas que nos ocupa, en el marco de la Ordenanza Departamental No. 103 de 2023, el artículo No.104, así: "Rendimientos Financieros De Recursos Del Presupuesto Departamental. Los rendimientos financieros originados con recursos del Presupuesto General del Departamento, incluidos los negocios fiduciarios, son de propiedad del Departamento de Cundinamarca y estos deben ser consignados en la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda del Departamento, por las dependencias y entidades que hacen parte del Presupuesto General del Departamento, de conformidad con el procedimiento establecido por esa Dirección. Parágrafo. Las dependencias, entidades y empresas del Departamento que administren recursos del Presupuesto Departamental directamente o a través de negocios fiduciarios u otros mecanismos, también tendrán la obligación establecida en este artículo y adicionalmente deberán radicar el contrato fiduciario y sus documentos anexos a la Dirección de Tesorería; en los referidos casos se deberá incluir como miembro de los comités fiduciarios al Director de Tesorería de la secretaría de hacienda o su delegado". Y conforme lo dispuesto mediante la Resolución No 328 de 16 de marzo de 2023 "Por medio de la cual se establece el procedimiento para la consignación de los rendimientos financieros originados con recursos del Presupuesto General del Departamento, incluidos los negocios fiduciarios", expedida por la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda, la cual definió el procedimiento para efectuar la consignación de los rendimientos financieros así: "ARTÍCULO SEGUNDO. Consignación de rendimientos financieros. Las dependencias, entidades y empresas del Departamento obligadas a consignar los rendimientos financieros, conforme lo establece el artículo 104 de la Ordenanza Departamental No.103 de 2023, deberán consignar los rendimientos financieros a la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca de manera mensual. PARÁGRAFO. Los valores de los rendimientos financieros se deben consignar en la cuenta de ahorros No.471100052751 del Banco Davivienda a Nombre del Departamento de Cundinamarca". Razón por la cual, los rendimientos financieros que se generen de los recursos apartados por el Departamento de Cundinamarca al convenio, deberán consignarse mes a mes a la Dirección de Tesorería de la Secretaría de Hacienda del Departamento y en cumplimiento a las indicaciones impartidas para ello

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO	$5.609.657
PAGO N°	4	DE	5	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	0550468300046652				Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$28.048.284	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$5.609.657
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$26.645.870
	TOTAL	$28.048.284	SALDO POR EJECUTAR	$1.402.414

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
9	1	2026	4600033375

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
15	4	2026	ALEJANDRO RIVERA MOYA

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			12	5	2026	4		1	4	2026	30	4	2026

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión	X	Embargo		No aplica	
OBSERVACIONES (si se requiere)	N/A											

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	ROGER MADARIAGA ARAUJO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	ASESOR GRADO 07 SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA- DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

E.S.E.HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

E.S.E Hospital Santa Rosa Tenjo

NIT 860.037.592-9
Calle 3 No 6-31 Telefax: 8654118

Tenjo (C/Marca)
Cod. IPS:

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764096677461 con vigencia del 06-08-2025 al 06-08-2027. Numeración habilitada del 350001 al 450000 y prefijo HSRT

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSRT-379999

Fecha Factura:	06/05/2026	
Fecha Vencimiento:	06/05/2026	
Fecha Validación DIAN:	06/05/2026	11:29:00
Fecha Inicial:	06/05/2026	
Fecha Final:	06/05/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: f8597a7045e419be6c3c33dd6e772b983d142e4f68717c5acaca038d9ea58ea1850163256d27f010f484158d3bbefb33

Elaborado por: NELLY TRIANA

Administradora: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
Nit: 899999114 - 0
Convenio: SS-CD-CVI-1154 - SS-CD-CVI-1154-2025
Fecha Convenio: 20/11/2025 A 31/12/2026
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura entidad territ

CC 899999114 DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD

Tipo Usuario: Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	Nº Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	VlTotal	Copago	Saldo
1184007	06/05/20						Convenio Interadministrativo SS-CDCVI-11:	1.00	5,609,657.00	5,609,657	0	5,609,657
							Total Paciente			5,609,657	0	5,609,657

OBSERVACIONES:CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1154-2025 CELEBRADOENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE SALUDY LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJOCON NIT 860.037.592 - 9

Valor en letras: CINCO MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

TOTAL CARGOS	5,609,657
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	5,609,657

Gobernación de Cundinamarca

HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO A LAS OBLIGACIONES PACTADAS PARA LOS CONVENIOS SUSCRITOS CON LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

No. DEL CONVENIO	SS-CD-CVI-1154-2025
NOMBRE DE LA ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO EN 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 DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
VALOR	CINCO MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($5.609.657) M/CTE
No. DEL INFORME	04
PERIODO DEL INFORME	01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR	ROGER MADARIAGA ARAUJO

No.	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS ADJUNTAS
1	Suscribir acta de inicio del presente convenio.	Se firma por las partes y se suscribe acta de inicio del convenio dentro de los tiempos estipulados. Se firma acta de inicio el 09 de Enero de 2026.	Acta de inicio firmada. 09 DE ENERO DE 2026
2	Aportar Certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo exclusivo de los recursos del convenio; la cual deberá ser creada dentro de los cinco (5) días siguientes de la firma del convenio; con destinación específica para el manejo de los recursos asignados.	Se aporta certificación de apertura de cuenta bancaria con fecha del 07 de mayo de 2026. Davivienda, Cuenta de ahorros N° 0550468300046652.	Certificación bancaria del 07 de mayo de 2026
3	Aportar para efectos del giro de los recursos, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales cuando a ello haya lugar de la Empresa Social del Estado.	Se aporta certificación de pago de aportes al SGSS y parafiscales con fecha del 15 de abril de 2026 firmada por ALEJANDRO RIVERA MOYA (Gerente).	Certificación firmada por Gerente.
4	Garantizar la habilitación de los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la	Se aporta certificación que soporta la habilitación de los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia con fecha del 02 de octubre de 2025	Certificación de habilitación.

	modalidad de jornadas en salud, previa viabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios	firmada por Director Operativo de Desarrollo y Gestión de la Red de Prestación de Servicios.	
5	Realizar e informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud de acuerdo con el Programa Territorial de Reorganización, rediseño y modernización de la Red Departamental de Salud.	Se realizó proceso de contratación de los especialistas en Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas de salud.	Se Adjuntan hojas de vida de los profesionales contratados.
6	Responder por el proceso de contratación adelantado y por las obligaciones derivadas de los contratos celebrados	Se realizó proceso de contratación de los especialistas en Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas de salud cumpliendo con la totalidad de la contratación	Se Adjuntan hojas de vida de los profesional y contratos.
7	Presentar certificación del gerente de la ESE donde conste que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio en los horarios y modalidades establecidas; la modificación de horarios en el REPS del servicio de las especialidades.	Se presenta certificación firmada por Gerente de la E.S.E. en la cual se deja constancia de que la institución cuenta con la capacidad técnica, administrativa y operativa necesaria para ofertar y prestar los servicios de salud objeto del convenio, garantizando su ejecución conforme a los horarios y modalidades establecidas.	Certificación de suficiencia técnica administrativa firmada por Gerente.
8	Remitir e informar al supervisor del convenio las agendas de programación del servicio de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de Jornadas en salud; la relación de los usuarios atendidos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia y la producción de las sedes respectivas, al igual que los soportes de los pagos realizados.	Se adjuntan agendas de las especialidades para el mes de abril de 2026.	Agendas de especialidades e informe de producción.

9	Responder por el manejo de la utilización adecuada de los recursos entregados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, absteniéndose de utilizar estos recursos para fines distintos a la ejecución del objeto contractual.	Se presenta certificación de utilización adecuada de los recursos entregados por la secretaria de salud de Cundinamarca firmada por Gerente.	Certificación firmada por el gerente.
10	Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.	Se presenta informe mensual al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, anexando los soportes correspondientes para el adecuado seguimiento y control del convenio correspondiente a la cuarta entrega.	Informe de ejecución presentado por la ESE.
11	Adelantar las acciones administrativas y financieras que considere pertinentes y necesarias para el cumplimiento de las normas legales que rigen la materia y las obligaciones estipuladas en el convenio, con el fin de garantizar la correcta inversión de los recursos	Se adelanta las acciones administrativas y financieras necesarias para el cumplimiento de la normatividad vigente y de las obligaciones establecidas en el convenio, garantizando la correcta inversión, control y ejecución de los recursos asignados. Se realizó incorporación de los recursos al presupuesto vigencia 2026.	Informe de ejecución presentado por la ESE y Acuerdo número 34 del 30 de octubre donde se realiza la incorporación de los recursos.
12	Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos entregados en cumplimiento del objeto contractual a fin de proceder a su liquidación.	No aplica para el periodo en mención.	No aplica para el periodo en mención.
13	Estar sujeto al seguimiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca durante el tiempo que dure el convenio.	Se garantiza la disponibilidad y disposición permanente para el seguimiento, supervisión y control por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca durante la vigencia del convenio, atendiendo oportunamente los requerimientos realizados.	Informe de ejecución presentado por la ESE.
14	Supervisión Continua: Realizar un seguimiento constante de la ejecución del contrato para garantizar que se cumplan los objetivos y estándares de calidad establecidos en el convenio.	Se realiza un seguimiento constante de la ejecución del contrato para garantizar que se cumplan los objetivos y estándares de calidad establecidos en el convenio. Se presenta informe mensual al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, anexando los soportes correspondientes para el adecuado seguimiento y	Informe de ejecución presentado por la ESE.

		control del convenio correspondiente a la actual entrega.	
15	Evaluación del Personal Contratado: Verificar que el talento humano contratado cumpla con los requisitos de idoneidad y calificación necesarios, así como con las condiciones técnicas y éticas exigidas	Se realiza la verificación y evaluación del talento humano en proceso de contratación, asegurando el cumplimiento de los requisitos de idoneidad, calificación profesional y condiciones técnicas y éticas exigidas para la prestación de los servicios.	Informe de ejecución presentado por la ESE.
16	Acompañamiento Técnico: Brindar asesoría técnica y profesional en la implementación del programa, asegurando que se sigan las mejores prácticas en la atención médica.	Se brinda asesoría técnica y profesional en la implementación del programa, asegurando que se sigan las mejores prácticas en la atención médica.	Informe de ejecución presentado por la ESE.
17	Aseguramiento de la Calidad: Realizar auditorías y evaluaciones de calidad de los servicios prestados en los hospitales y centros de salud para asegurar que se cumplen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	No aplica para el periodo en mención.	No aplica para el periodo en mención.
18	Coordinación de Acciones: Facilitar la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio de salud, asegurando un flujo de información eficiente y la resolución oportuna de problemas.	Se facilita la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prestación de los servicios de salud, garantizando un flujo de información oportuno y la resolución eficiente de las situaciones presentadas.	Informe de ejecución presentado por la ESE.
19	Revisión de Informes: Solicitar y revisar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso.	Se solicita y revisa mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos.	Informe de ejecución presentado por la ESE.
20	Mantener informada a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados en la ejecución del convenio, así como sobre cualquier incidente	Se mantiene informada de manera oportuna a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados en la ejecución del convenio, así como sobre	Informe de ejecución presentado por la ESE.

	que pueda afectar la calidad de la atención.	cualquier situación que pudiera afectar la calidad de la atención en salud.	
21	Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar	No aplica para el periodo en mención.	No aplica para el periodo en mención.

SUPERVISOR DEL CONVENIO SS-CD-CVI-1154-2025

ROGER MADARIAGA ARAUJO
Supervisor del convenio SS-CD-CVI-1154-2025

Tenjo mayo 06 de 2026

INFORME 04 DE EJECUCIÓN CONVENIO No. SS-CD-CVI-1154-2025

MÉDICO EN TU TERRITORIO

NOMBRE DE LA ESE: E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

OBJETO DEL CONVENIO: "AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO EN EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTOHUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", Y MEJORAR EL ACCESOA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS DELDEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."

ALCANCE: La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO en cumplimiento del objeto del convenio interadministrativo, invertirá los recursos en la contratación del talento humano necesario para prestar el servicio de Medicina Interna, Pediatría y ginecoobstetricia en modalidad Jornadas y/o en la modalidad que en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO , definan de conformidad con las condiciones técnicasexigidas y el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red de prestación de servicios vigente.

VALOR TOTAL DEL CONVENIO: VEINTIOCHO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS

OCHENTA Y CUATRO PESOS ($28.048.284) M/CTE,

Fecha acta de inicio: 9 de enero de 2026, la cual fue firmada entre las partes

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

NIT. 860037592-9

Calle 3 N°6-31 Tenjo, Celular: 3108548104 Email: htenjo@cundinamarca.gov.co

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA E.S.E.

1. Suscribir acta de inicio del presente convenio.
   - ✓ Se suscribe acta de inicio del convenio el 9 de enero de 2026.

2. Aportar Certificación de apertura de cuenta bancaria de ahorros para el manejo exclusivo de los recursos del convenio; la cual deberá ser creada dentro de los cinco (5) días siguientes de la firma del convenio; con destinación específica para el manejo de los recursos asignados.
   - ✓ Se aporta certificación de apertura de cuenta bancaria con fecha del 09 de mayo de 2026. Davivienda, Cuenta de ahorros N°055046830004665 2.

3. Aportar para efectos del giro de los recursos, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social), y parafiscales cuando a ello haya lugar de la Empresa Social del Estado.
   Se aporta certificación de pago de aportes al SGSS y parafiscales con fecha 15 de abril de2026 firmada por ALEJANDRO RIVERA MOYA (Gerente)

4. Garantizar la habilitación de los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud, previa viabilidad de la Dirección de Desarrollo de Servicios.
   Se aporta constancia de habilitación que soporta los servicios de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia.

5. Realizar e informar al supervisor del convenio la relación del talento humano necesario para prestar el servicio en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud de acuerdo con el Programa Territorial de Reorganización, rediseño y modernización de la Red Departamental de Salud.
   - ✓ Se anexan hojas de vida de las de los especialistas en Medicina Interna, y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud.

6. Responder por el proceso de contratación adelantado y por las obligaciones derivadas de los contratos celebrados.
   - ✓ . Se anexan contratos de las de los especialistas en Medicina Interna, y Ginecoobstetricia en la modalidad de jornadas en salud.

7. Presentar certificación del gerente de la ESE donde conste que cuenta con la capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios objeto del convenio en los horarios y modalidades establecidas; la modificación de horarios en el REPS del servicio de las especialidades.
   - ✓ Se presenta certificación de capacidad técnica administrativa para ofertar los servicios con fecha del 02 de febrero de 2026, firmada por la Gerente de la ESE

8. Remitir e informar al supervisor del convenio las agendas de programación del servicio de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia en la modalidad de Jornadas en salud; la relación de los usuarios atendidos en las especialidades de Medicina Interna,

Pediatría y Ginecoobstetricia y la producción de las sedes respectivas, al igual que los soportes de los pagos realizados.

- ✓ Durante el mes de abril se realizo una (1) jornadas de medicina interna una (1) jornadas de ginecología, una (1) jornada de pediatría se anexan formatos de producción y agendas

9. Responder por el manejo de la utilización adecuada de los recursos entregados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, absteniéndose de utilizar estos recursos para fines distintos a la ejecución del objeto contractual.

- ✓ Se aporta certificación firmada el 09 de abril por el representante legal

10.Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución, con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo.

- ✓ Se presenta informe de ejecución/avance del convenio correspondiente a la tercera entrega firmado por el representante legal

11.Adelantar las acciones administrativas y financieras que considere pertinentes y necesarias para el cumplimiento de las normas legales que rigen la materia y las obligaciones estipuladas en el convenio, con el fin de garantizar la correcta inversión de los recursos.

- ✓ Certificación firmada por el representante legal del manejo adecuado de los recursos

.

12.Estar sujeto al seguimiento de la Secretaría de Salud de Cundinamarca durante el tiempo que dure el convenio.

- ✓ Se está sujeto al seguimiento.

13.Supervisión Continua: Realizar un seguimiento constante de la ejecución del contrato para garantizar que se cumplan los objetivos y estándares de calidad establecidos en el convenio.

- ✓ Se presenta informe de ejecución/avance del convenio correspondiente a la tercera entrega.

15.Evaluación del Personal Contratado: Verificar que el talento humano contratado cumpla con los requisitos de idoneidad y calificación necesarios, así como con las condiciones técnicas y éticas exigidas.

- ✓ No aplica para el periodo en mención.

16.Acompañamiento Técnico: Brindar asesoría técnica y profesional en la implementación del programa, asegurando que se sigan las mejores prácticas en la atención médica.

- ✓ No aplica para el periodo en mención.

17.Aseguramiento de la Calidad: Realizar auditorías y evaluaciones de calidad de los servicios prestados en los hospitales y centros de salud para asegurar que se cumplen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

- ✓ No aplica para el periodo en mención.

18.Coordinación de Acciones: Facilitar la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio de salud, asegurando un flujo de información eficiente y la resolución oportuna de problemas.

- ✓ No aplica para el periodo en mención.

19.Revisión de Informes: Solicitar y revisar mensualmente los informes de avance sobre la ejecución del servicio y la utilización de los recursos, asegurando que se mantenga la transparencia durante el proceso.

- ✓ Se presenta informe de ejecución/avance del convenio correspondiente a la tercera entrega.

20.Mantener informada a la Secretaría de Salud de Cundinamarca sobre los avances, dificultades y resultados en la ejecución del convenio, así como sobre cualquier incidente que pueda afectar la calidad de la atención.

- ✓ No aplica para el periodo en mención.

21.Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar.
No aplica para el periodo en mención.

ALEJANDRO RIVERA MOYA
GERENTE
E.S.E HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO.

E.S.E Hospital Santa Rosa Tenjo	ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO NIT: 860. 037.592-9	Gobernación de Cundinamarca
VERSION: 001		
CODIGO: CAR BANCO		PAGINAS: 1

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

"HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO"

C E R T I F I C A

Que la E.S.E "Hospital Santa Rosa de Tenjo", ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente al mes de Marzo de 2026

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

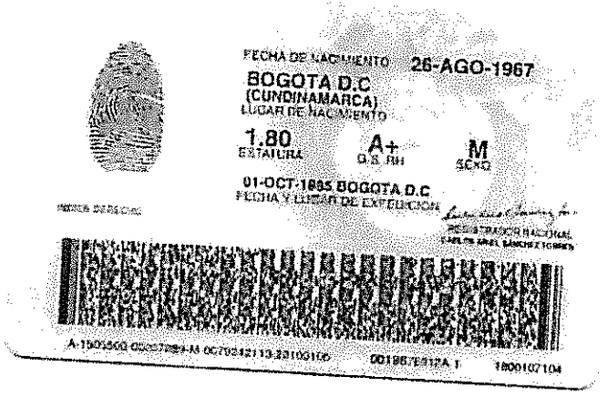
Dada en Tenjo, Cundinamarca a los quince (15) días del mes de Abril de 2026.

ALEJANDRO RIVERA MOYA

REPRESENTANTE LEGAL

Elaboró : Nelly Triana Camacho	Aprobó: ALEJANDRO RIVERA MOYA
Auxiliar Administrativo	Representante Legal


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.242.113
RIVERA MOYA
ALEJANDRO


FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1967
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
01-OCT-1985 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA

CERTIFICA

Que la empresa **ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO** identificado con nit. **8600375929.** se encuentra vinculado con:

Cuenta ahorros: 0550468300046652
Fecha de apertura: 03/02/2026
Denominación: cuenta ahorros - CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1154-2025 DE 2025

La Presente certificación se expide a solicitud de quién interese

TENJO-CUNDINAMARCA
2026/05/07

VIGILADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0][2] Actualización

4. Número de formulario 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 3 7 5 9 2	9	3 2	

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 HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tenjo 7 9 9

41. Dirección principal
CL 3 6 31

42. Correo electrónico htenjo@cundinamarca.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	8 6 5 4 1 1 8	6 1 8 6 4 6 2 6 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 4 4 1 1 2 7						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 1 4 4 2 5 2 5 5

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

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 RIVERA MOYA ALEJANDRO
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 04-02-2026 09:20:37AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 3 7 5 9 2	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 3	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 8	
72. Número	3 3 3 2	
73. Fecha	1 9 7 0 0 9 0 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 7	
76. Fecha de registro	1 9 7 0 0 9 0 9	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

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

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 9 0 7		-
2				-
3				-
4				-
5				-

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

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 0 3 7 5 9 2	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 Ciudadanía 1 3	7 9 2 4 2 1 1 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RIVERA	MOYA	ALEJANDRO	

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 SIN COSTO
DOCUMENTO ELECTRÓNICO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141124118931

(415)7707212489984(8020) 000014112411893 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 0 3 7 5 9 2	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

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	5 2 2 6 7 4 8 0	8	2 2 6 8 3 0

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANCHEZ	PLAZAS	KARINA	AMPARO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 9 1 0

COPIA CONTROLADA
DOCUMENTO SIN VALOR