SS - COCVI - 1427 - 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 2 HOSP CAQUEZA CV1452 Y NEMOCON 1427 DE 2024 ORD 37210 MARZO 13 2025
Fecha Pago	13/03/2025
Hora Pago	17:37

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4325	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 4.431.000,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300134603

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	13.03.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN760568	Fecha Impresión de Factura:	13.03.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	3-7210	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licores Otros
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600027207
NIT del Tercero:	8600240265	Código del Tercero:	2400000225
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 5 SS CDCVI 1427 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOSTREINTA Y UN MIL PESOS $ 4.431.000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	4.431.000-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	4.431.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción

VALOR NETO A PAGAR: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOSTREINTA Y UN MIL PESOS $ 4.431.000

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

GIRADO
TESORERIA

2900180369

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

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
	11	3	2025		2	1	2025		1	9	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	DAF - SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197,B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1427-2024	X		ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	860024026-5

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
3004660546	3004660546	CARRERA 6 No. 940 Sur vía Zipaquirá Nemocón	gerencia@hospitaldenemocon.gov.co

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

OBJETO	**AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN 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.**
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	**El valor total del presente convenio interadministrativo es de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17.724.000) de los cuales:** **La Secretaria de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE ($17.724.000), que serán girados a la ESE de la siguiente manera: Se realizarán cinco (05) desembolsos de la siguiente manera:** **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON CON NIT 860.024.026-5** **Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.** **Sede Administrativa - Torre Central Piso 7.** **Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1692** **1. Un PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de enero de la vigencia 2025, por la suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($4.431.000), la cual cubrirá los meses de enero y febrero de 2025.** **2. UN SEGUNDO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de febrero de la vigencia 2025, POR LA SUMA DE CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($4.431.000) la cual cubrirá el mes de marzo de 2025.** **3. Un TERCER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de marzo de la vigencia 2025, por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($2.215.500), la cual cubrirá el mes de abril y 15 dias de mayo de 2025.** **4. Un CUARTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de abril de la vigencia 2025, por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($2.215.500),la cual cubrirá el cubrirá 15 dias de mayo y mes de junio de 2025.** **5. Un QUINTO DESEMBOLSO por la suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($4.431.000), sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024.**

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN SALUD/participación licores y otros del Depart/	VALOR DEL PAGO	$ 4.431.000

PAGO N°	2	DE	5	BANCO	BANCOLOMBIA
CUENTA N°				332763743-25	AHORROS

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 17.724.000,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
DIVISIÓN DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 4.431.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 8.862.000
TOTAL	$ 17.724.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 8.862.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
16	01	2025	4600027207

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
7	03	2025	PAOLA ANDREA ECHEVERRI GÓMEZ

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				11	3	25	2		1	2	2025	28	2	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión			Terminación Anticipada		Supervisión		Nó Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	JORGE TADEO RESTREPO AVENDAÑO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA