

C O C U I . 1275-2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSP NEMOC, VERG, ARBEL, FUNZA, TENJO 37210 13 DIC 2024
Fecha Pago	13/12/2024
Hora Pago	10:12

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9007503331	Referencia	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5483 Banco		DAVIVIENDA
Valor	\$ 2.000.000.000,00 Estado		Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de
Cundinamarca

GIRADO
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300158044

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA-1272168
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 3-7210
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 9007503331
Nombre del Tercero: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

Fecha de Contabilización: 12.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 12.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Salud Participación Licores Otros
Documento RPC: 4600026936
Código del Tercero: 2200003131

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS-CDCVI-1275-2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MIL MILLONES DE PESOS \$ 2.000.000.000

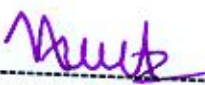
Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	2.000.000.000-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	100.000.000
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.900.000.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado

Base Gravable Vr del Descuento
aplicada y/o Dedución

VALOR NETO A PAGAR: DOS MIL MILLONES DE PESOS \$ 2.000.000.000


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

Cundinamarca
www.cundinamarca.gov.co

2900209768

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

				GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033													
				RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 04													
								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				
			9	12	2024				3	12	2024				31	12	2024				
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.B									
CONTRATO N°				PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT									
SS-CDCVI-1275-2024				X				ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA				832000029-1									
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO									
0				3142786939				CR 48A 75				gerencia@hospitalhilariorio.gov.co									
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*								*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO									
OBJETO				*AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA Y/O SUS SEDES DEPENDIENTES, CON EL FIN DE APOYAR LA OPERACIÓN MISIONAL DE LA ESE, EN EL MARCO DE LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.*																	
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO				CLAUSULA SÉPTIMA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El valor total del convenio es por la suma de DOS MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.000), los cuales serán desembolsados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, con cargo a la vigencia fiscal 2024 de la siguiente manera: FORMA DE DESEMBOLSO: Un único desembolso por la suma de DOS MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.000), que se efectuará previa expedición del registro presupuestal, 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; pago 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 cuantía de cobro. En todo caso los desembolsos se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja - PAC																	
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3-7210		NOMBRE DEL FONDO		SALUD PARTICIPACION LICORES OTROS DEPART		VALOR DEL PAGO		\$		2.000.000.000									
PAGO N°		1 DE 1		BANCO		462100145483		BANCO DAVIVIENDA		AHORROS											
CUENTA N°				NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR											
DEPARTAMENTO				\$		2.000.000.000,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO													
DEPARTAMENTO				\$				VALOR ANTICIPADO		\$											
DEPARTAMENTO				\$				VALOR DEL ANTICIPO		\$											
DEPARTAMENTO				\$				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$											
DEPARTAMENTO				\$				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$											
DEPARTAMENTO				\$				SALDO AMORTIZACIÓN		\$											
DEPARTAMENTO				\$				VALOR BRUTO A PAGAR		\$		2.000.000.000									
DEPARTAMENTO				\$				V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$		2.000.000.000									
TOTAL		\$		2.000.000.000		SALDO POR EJECUTAR		\$													
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																	
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO											
29		11		2024		2		12		2024											
NÚMERO DE RPC				NÚMERO DE PLANILLA																	
4600026936				RICARDO GIL																	
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		Al	
		NO						9		12		2024		1		3		12		2024	
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión				Terminación Anticipada				Supervisión				No Aplica		X			
OBSERVACIONES (si se requiere)																					
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO													
NOMBRE:		JAVIER ANDRES ACOSTA MAHECHA		NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS		NOMBRE:		NEIDY TRIANA TINJACA											
CARGO Y DEPENDENCIA:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD											
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:													

56/166923