55 · CDCVJ - 1436 · 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 14 HOSP RICAU,TEQ,COLEG,FOSC,CAQU,TENJ,NEM,CUCUN, ANOL 37210 10500 7 MAY 25
Fecha Pago	07/05/2025
Hora Pago	11:42

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5266	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 2.215.500,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300139537

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	06.05.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSRT-338677	Fecha Impresión de Factura:	06.05.2025
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:	4600027266
NIT del Tercero:	8600375929	Código del Tercero:	2400000227
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 5 SS CDCVI 1436 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS PESOS $ 2.215.500

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	2.215.500-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	2.215.500

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS PESOS $ 2.215.500

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 05
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/05/2025

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
	5	5	2025		2	1	2025		1	9	2025

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1436-2024	X				ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	860.037.592-9

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
Calle 3 No 6 - 31	htenjo@cundinamarca.gov.co	8646415
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 SANTA ROSA DE TENJO 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.
CLÁUSULA 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 E.S.E de la siguiente manera: Se realizarán 5 desembolsos de la siguiente manera: 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 días 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 días 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/ Salud Participación Licores Otros depart/	VALOR DEL PAGO	$ 2.215.500
PAGO N° 3	DE 5	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°	468300045266	AHORROS			

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 17.724.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	
		VALOR DEL ANTICIPO	
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	
ADICIÓN DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	
		SALDO AMORTIZACIÓN	
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 2.215.500
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 11.077.500
TOTAL	$ 17.724.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 6.646.500

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL				
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA	
22	1	2025	4600027266	6	4	2025	32948047 / ALEJANDRO RIVERA MOYA	

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			5	5	2025	3		1	3	2025	31	3	2025
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No 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
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO / DIRECCIÓN DESARROLLO DE	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD