

942-2025



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSPITALES 37210 10600 NIM NEM CAR FUNZ ORD NOV 7 2025
Fecha Pago	10/11/2025
Hora Pago	08:44

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9007503331	Referencia	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6332 Banco		DAVIVIENDA
Valor	\$ 2.850.000.000,00 Estado		Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 07.11.2025
Referencia Del Documento: FRA-1367411 Fecha Impresión de Factura: 07.11.2025
Centro Gestor: 1197.B Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo: 3-7210 Nombre del Fondo: Salud Participación Licores Otros
Verificado por: ESAFANADORP Documento RPC: 4600032190
NIT del Tercero: 9007503331 Código del Tercero: 2200003131
Nombre del Tercero: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 2 SS-CD-CVI-942-2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA MILLONES PESOS \$ 2.850.000.000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	2.850.000.000
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	2.850.000.000

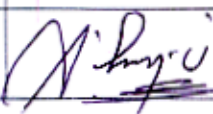
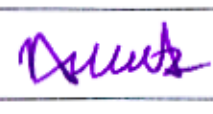
DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
--------------------------------	------------------------	-------------------------------

VALOR NETO A PAGAR: DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA MILLONES PESOS \$ 2.850.000.000

Neidy

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

 Gobernación 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											
<p>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.</p>																	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN		Día 6	Mes 11	Año 2025	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO		Día 30	Mes 10	Año 2025	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas acciones)		Día 31	Mes 12	Año 2025			
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA			OTROS GASTOS EN SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.8							
CONTRATO N°		PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CEDULA O NIT								
SS-CD-CVI-942-2025		X				ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES			9007503331								
DIRECCIÓN						CORREO			TELÉFONO								
FUNZA									3103042034								
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			*CÉDULA O NIT TERCERO								
OBJETO						AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA, CUNDINAMARCA, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER SU CAPACIDAD OPERATIVA, COADYUVAR AL PROCESO DE SANEAMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ASÍ COMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.											
CLÁUSULA FORMULA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO						CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio a suscribir es por TRES MIL MILLONES DE PESOS MCTE (\$3.000.000.000), el cual será desembolsado a la E.S.E. DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA, con cargo a la vigencia fiscal 2025 de la siguiente manera: Un primer desembolso por valor de DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$2.850.000.000), correspondiente al 95% del valor total del convenio. Un segundo y último desembolso por valor de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$150.000.000), correspondiente al 5% del valor total del convenio, sujeto al acta de liquidación de conformidad con el Decreto Departamental 161 del 2024. PARÁGRAFO PRIMERO: Los desembolsos se efectuarán 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; 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. En todo caso los desembolsos se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja - PAC. PARÁGRAFO SEGUNDO: El valor desembolsado a la E.S.E., solo podrá ser utilizado conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARÁGRAFO TERCERO: El último desembolso estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. PARÁGRAFO CUARTO: La ESE pagará todos los impuestos, tasas y contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana. APORTE DE LA E.S.E. Los aportes de la E.S.E. no cuantificados corresponden a la experiencia técnica, científica, administrativa y operacional indispensable para la ejecución del convenio. Finalmente, estos aportes institucionales, aunque no representan una contribución económica directa en términos presupuestales, son altamente valorados como elementos técnicos imprescindibles para la correcta ejecución del convenio y el cumplimiento de su objeto, al asegurar que el proyecto responda a las necesidades reales de la población usuaria y se inserte de manera efectiva en la red departamental de prestación de servicios de salud. 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 E.S.E. se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria con una periodicidad mensual.											
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3-7210	NOMBRE DEL FONDO		Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO		\$2.850.000.000									
PAGO N°		1	DE		2	BANCO		Banco Davivienda									
CUENTA N°		462100156332						Ahorros									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO		VALOR									
DEPARTAMENTO		\$3.000.000.000				PORCENTAJE DEL ANTICIPO		0%									
DEPARTAMENTO		\$0				VALOR ANTICIPADO		\$0									
DEPARTAMENTO		\$0				VALOR DEL ANTICIPO		\$0									
DEPARTAMENTO		\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$0									
DEPARTAMENTO		\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$0									
DEPARTAMENTO		\$0				SALDO AMORTIZACIÓN		\$0									
DEPARTAMENTO		\$0				VALOR BRUTO A PAGAR		\$2.850.000.000									
DEPARTAMENTO		\$0				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$2.850.000.000									
TOTAL		\$3.000.000.000				SALDO POR EJECUTAR		\$150.000.000									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL											
DIA 10		MES 10		AÑO 2025		NÚMERO DE RPC 4600032190		DIA 4		MES 11		AÑO 2025		NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA Ricardo Alberto Gil Monsalve			
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI	X	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día 6	Mes 11	Año 2025	# REPORTE SUPERVISOR 1	PERIODO A CERTIFICAR		Del 10	Mes 10	Año 2025	Al 6	Mes 11	Año 2025
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		JOHN PERILLA PEÑALOZA				NOMBRE		Dirección Administrativa y Financiera				NOMBRE		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA			
CARGO Y DEPENDENCIA		Profesional Especializado				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARÍA DE SALUD			
FIRMA						FIRMA						FIRMA					

86/205478