

1016-2025



DAVIVIENDA



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 6 HOSP FOMQ VILLET JUNIN SAMARI 37210 10500 10600 ORDIN NOV 11 DE 2025
Fecha Pago 11/11/2025
Hora Pago 15:08

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8001743755	Referencia	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8367	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 760.000.000,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Fecha de Contabilización: 10.11.2025

Fecha Impresión de Factura: 10.11.2025

Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN

Nombre del Fondo: Salud Participación Licores Otros

Documento RPC: 4600032347

Código del Tercero: 2400000224

Nombre del Alternativo:

VALOR BRUTO FACTURA: SETECIENTOS SESENTA MILLONES PESOS \$ 760.000.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

VALOR NETO A PAGAR: SETECIENTOS SESENTA MILLONES PESOS \$ 760.000.000

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA						CÓDIGO: E-GCCP-FR-633									
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 06									
								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	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año					
		7	11	2025		5	11	2025		31	12	2025					
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		OTROS GASTOS EN SALUD						SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.B						
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT								
SS-CD-CVI-1016-2025	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE				8001743755								
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO								
CL 4 5 00					HFOMEQUE@CUNDINAMARCA.GOV.CO				3115419973								
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO								
OBJETO					AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, CON EL PROPOSITO DE FORTALECER SU CAPACIDAD OPERATIVA, COADYUVAR AL PROCESO DE SANEAMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ASI COMO MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION, EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.												
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO					CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio a suscribir es por OCHOCIENTOS MILLONES DE PESOS MCT/E (\$800.000.000) el cual será desembolsado a la E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, CUNDINAMARCA con cargo a la vigencia fiscal 2025 de la siguiente manera: • Un primer desembolso por valor de SETECIENTOS SESENTA MILLONES DE PESOS MCT/E (\$760.000.000), correspondiente al 95% del valor total del convenio. • Un segundo y último desembolso por valor de CUARENTA MILLONES DE PESOS MCT/E (\$40.000.000), 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/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana. 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 representen 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		\$760.000.000							
PAGO N°	1	DE	2	BANCO		Banco Davivienda											
CUENTA N°		473100088367						Ahorros									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR											
DEPARTAMENTO		\$800.000.000		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		\$760.000.000										
					V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$760.000.000										
TOTAL		\$800.000.000		SALDO POR EJECUTAR		\$40.000.000											
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											
29 10 2025		4600032347		7 11 2025		JOSE EDISON LOZADA QUINTERO											
EL CONTRATISTA CUMPLIO 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				7	11	2025	1			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
												29	10	2025	7	11	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 PERALOZA				NOMBRE:		DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA			
CARGO Y DEPENDENCIA		Profesional Especializado				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:					

06/205881