978

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 8 HOSPITALES 37210 32825 10600 ORDINARIO NOV 20 DE 2025
Fecha Pago	21/11/2025
Hora Pago	10:03

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600247667	**Referencia**	3100000000032825
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5092	**Banco**	BOGOTA
Valor	$ 760.000.000,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300166428

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	19.11.2025
Referencia Del Documento:	FRA- 117939	Fecha Impresión de Factura:	19.11.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	3-2825	Nombre del Fondo:	Licores extranjeros
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600032454
NIT del Tercero:	8600247667	Código del Tercero:	2400000765
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 2 SS-CD-CVI-978-2025

VALOR BRUTO FACTURA: SETECIENTOS SESENTA MILLONES PESOS $ 760.000.000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	760.000.000-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	760.000.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: SETECIENTOS SESENTA MILLONES PESOS $ 760.000.000

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

Gobernación de 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

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
	14	11	2025		10	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-978-2025	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS	8600247667

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 4 8 12	CONTACTENOS@HOSPITALSANMARTINDEPOR	3214326017
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 secretaría de salud de Cundinamarca y la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS, con el propósito de fortalecer su capacidad operativa, coadyuvar el 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 FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio a suscribir es por OCHOCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE ($800.000.000), el cual será desembolsado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS, con cargo a la vigencia fiscal 2025 de la siguiente manera: • Un primer desembolso por valor de SETECIENTOS SESENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($760.000.000), correspondiente al 95% del valor total del convenio. • Un segundo y último desembolso por valor de CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($40.000.000), correspondiente al 5% del valor total del convenio, sujeto al acta de liquidación de conformidad con el Decreto Departamental 181 del 2024. PARAGRAFO 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. PARAGRAFO SEGUNDO: El valor desembolsado a la E.S.E., solo podrá ser utilizado conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARAGRAFO TERCERO: El último desembolso estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 181 de 2024. PARÁGRAFO CUARTO: La ESE pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del convenio, de conformidad con la Ley colombiana. APORTE DE LA E.S.E La E.S.E. Región de Salud Centro Oriente Almeidas, aportará el talento humano administrativo y asistencial, en desarrollo de las diferentes actividades y procesos misionales y de gestión, en cada una de las unidades funcionales de apoyo y asistencial, procesos necesarios y pertinentes para el normal funcionamiento de la ESE y el recurso de infraestructura física, tecnológica, dotación equipos biomédicos, mobiliario hospitalario y el talento humano administrativo y asistencial de la ESE, contribuirá a garantizar la oportuna y debida prestación de los servicios de salud que se encuentran habilitados, de acuerdo con el portafolio de servicios ofertado por el hospital, que satisfaga las demanda de servicios de salud a la población del área de influencia con estándares de habilitación, humanización, calidad y seguridad del paciente, en atención a la normativa en materia de habilitación y acreditación en los servicios de salud exigidos por el sistema de salud. Con este apoyo financiero nos ayudaran a: • Dar continuidad en la prestación de los servicios de la institución de forma oportuna y adecuada a las necesidades de la institución. • Mantener el equilibrio financiero de la institución, contando con los recursos, insumos para prestación de los servicios. • Fortalecer los procesos de implementación de las políticas de calidad y de control interno, contando con el talento humano y los recursos necesarios para su ejecución. • Mantener el personal suficiente y necesario en la institución de conformidad con el Sistema Único de habilitación. • Incrementar y mantener los niveles de producción garantizando el cumplimiento de los contratos suscritos con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). 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	3-2825	NOMBRE DEL FONDO	Licores extranjeros	VALOR DEL PAGO	$760.000.000
PAGO N°	1 DE 2	BANCO	Banco de Bogota		
CUENTA N°	270195092				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
6	11	2025	4600032454	5	11	2025	PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ

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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			13	11	2025	1		6	11	2025	13	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:	DANIELA PRIETO DIAZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEYDI ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	Profesional Universitario	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO-DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

E/207389