DAVIVIENDA

9K12 - 2025

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 11 HOSP 1197B 37110 37210 32825 44200 10500 29 DIC 2025 |
| **Fecha Pago** | 29/12/2025 |
| **Hora Pago** | 23:00 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 9007503331 | **Referencia** | 3100000000032825 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX6332 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 490.000.000,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

## Formato GF-006
## Documento de Pago No.3300178222

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 29.12.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA HNSM.1387291 | Fecha Impresión de Factura: | 29.12.2025 |
| Centro Gestor: | 1197.B | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA OTROS GASTOS EN |
| Fondo: | 3-2825 | Nombre del Fondo: | Licores extranjeros |
| Verificado por: | LBERNAL | Documento RPC: | 4700013609 |
| 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 2 DE 3 SS CD CVI 942 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CUATROCIENTOSNOVENTA MILLONES PESOS $ 490.000.000

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 490.000.000- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 490.000.000 |

### DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CUATROCIENTOSNOVENTA MILLONES PESOS $ 490.000.000

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



2900033456

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 29 | 12 | 2025 | | 30 | 10 | 2025 | | 30 | 4 | 2026 |

| 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-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 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 DEL OREDEN 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 FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio a suscribir es por TRES MIL MILLONES DE PESOS M/CTE ($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 MCT/E ($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/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana. APORTE DE LA E.S.E Los aportes de la E.S.E no cuantificados corresponde 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, sí 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.<br><br>CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio es por la suma de TRES MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.500.000.000), el cual será desembolsado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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 M/CTE ($2.850.000.000). • Un segundo desembolso por valor de SEISCIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($640.000.000). • Un tercer y último desembolso por valor de DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($10.000.000), 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 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 confor midad con la Ley colombiana. RENDIMIENTOS FINANCIEROS Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio in teradministrativo 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 | $490.000.000 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 2B | DE | 3 | BANCO | Banco Davivienda |
| CUENTA N° | | | 462100156332 | | Ahorros |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | $3.000.000.000 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | | VALOR ANTICIPADO | $0 |
| | | | VALOR DEL ANTICIPO | $0 |
| | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $0 |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $500.000.000 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $0 |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $0 |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $490.000.000 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $3.340.000.000 |
| TOTAL | | $3.500.000.000 | SALDO POR EJECUTAR | $160.000.000 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 28 | 12 | 2025 | 4700013609 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 4 | 12 | 2025 | RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE |

| 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 Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | X | | 29 | 12 | 2025 | 2 | | 7 | 11 | 2025 | 29 | 12 | 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: | JOHN PERILLA PEÑALOZA | NOMBRE: | Direccion Adminstrativa 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: | |

5/219730

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 11 HOSP 1197B 37110 37210 32825 44200 10500 29 DIC 2025 |
| **Fecha Pago** | 29/12/2025 |
| **Hora Pago** | 23:00 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 9007503331 | **Referencia** | 3100000000037210 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX6332 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 150.000.000,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300178220

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 29.12.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA HNSM-1387291 | Fecha Impresión de Factura: | 29.12.2025 |
| 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: | 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 2 DE 3 SS CD CVI 942 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO CINCUENTA MILLONES PESOS $ 150.000.000

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 150.000.000- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 150.000.000 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO CINCUENTA MILLONES PESOS $ 150.000.000

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 29 | 12 | 2025 | | 30 | 10 | 2025 | | 30 | 4 | 2026 |

| 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-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 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 DEL OREDEN 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 FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio a suscribir es por TRES MIL MILLONES DE PESOS M/CTE ($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 MCT/E ($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 MCT/E ($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. 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 161 de 2024. PARAGRAFO CUARTO: La ESE pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana, APORTE DE LA E.S.E Los aportes de la E.S.E no cuantificados corresponde 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.<br><br>CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del convenio es por la suma de TRES MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.500.000.000), el cual será desembolsado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 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 M/CTE ($2.850.000.000). • Un segundo desembolso por valor de SEISCIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($640.000.000). • Un tercer y último desembolso por valor de DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($10.000.000), sujeto al acta de liquidación de conformidad con el Decreto Departamental 161 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 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 161 de 2024. PARAGRAFO CUARTO: La ESE pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana. RENDIMIENTOS FINANCIEROS Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio in teradministrativo 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 | $150.000.000 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 2A | DE | 3 | BANCO | Banco Davivienda |
| CUENTA N° | | | 462100156332 | | Ahorros |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | $3.000.000.000 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | | VALOR ANTICIPADO | $0 |
| | | | VALOR DEL ANTICIPO | $0 |
| | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $0 |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $500.000.000 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $0 |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $0 |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $150.000.000 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $3.000.000.000 |
| TOTAL | | $3.500.000.000 | SALDO POR EJECUTAR | $500.000.000 |

**REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA**

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 10 | 10 | 2025 | 4600032190 |

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 4 | 12 | 2025 | RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE |

| 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 | | | 29 | 12 | 2025 | 2 | | 7 | 11 | 2025 | 29 | 12 | 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: | JOHN PERILLA PEÑALOZA | NOMBRE: | Direccion Adminstrativa 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: | |

86/219 727