



LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN
CUENTAS DE COBRO

Código: A-GF-FR-079

Versión: 2

GESTIÓN FINANCIERA

Fecha de Aprobación: 10/sep/2024

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: DAF, Apalancamientos

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 1/1

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Hospital de Tenjo.

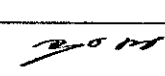
FECHA :

PARÁMETRO	RESULTADO		SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
	C	NC		
¿El formato Recibo a Satisfacción se encuentra debidamente diligenciado?	✓		FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 4	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?	✓		FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017- VERSIÓN 4	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?	✓		PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?	✓		INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?	✓		CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?	✓		SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?	✓		SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?	✓		CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?	✓ /A		PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?	✓		OTROS	

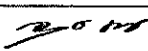
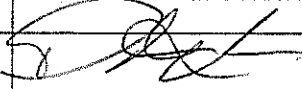
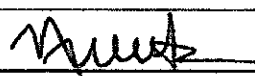
RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

Funcionario responsable de realizar la entrega

Funcionario responsable de la recepción

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>		GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033													
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 04													
						FECHA: 18/10/2024													
<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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.</p>																			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN		Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas ediciones)	Día	Mes	Año							
		28	12	2024		24	12	2024		31	12	2024							
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				SECCIÓN PRESUPUESTAL		1197.B											
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO		CÉDULA O NIT											
SS-CDCVI-1388-2024		X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO		860.037.592-9											
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO											
		3124522880				CR 1 # 3 - 05		RODESALUD@FOSCA-CUNDINAMARCA											
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIAR LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*FORMA TERCERO ALTERNATIVO		*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO											
OBJETO		"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO Y/O SUS SEDES DEPENDIENTES, PARA CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A SU CARGO."																	
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El valor total del convenio es por la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$450.000.000), los cuales serán desembolsados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, con cargo a la vigencia fiscal 2024 de la siguiente manera: FORMA DE DESEMBOLSO: Un único desembolso por la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$450.000.000), que se efectuará 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, pago 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.																	
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3-2850		NOMBRE DEL FONDO		LOTERIAS FORANEAS		VALOR DEL PAGO		\$ 188.391.945									
PAGO N°		1 DE 1		BANCO		BANCOLOMBIA													
CUENTA N°				345-000025-53		AHORROS													
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR													
DEPARTAMENTO		\$ 450.000.000,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO															
				VALOR ANTICIPADO		\$ -													
				VALOR DEL ANTICIPO		\$ -													
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -													
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$ -													
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$ -													
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$ 188.391.945													
				V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 188.391.945													
TOTAL		\$ 450.000.000		SALDO POR EJECUTAR		\$ 261.608.055													
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL															
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>17</td><td>12</td><td>2024</td></tr></table>				DÍA	MES	AÑO	17	12	2024	<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>9</td><td>12</td><td>2024</td></tr></table>				DÍA	MES	AÑO	9	12	2024
DÍA	MES	AÑO																	
17	12	2024																	
DÍA	MES	AÑO																	
9	12	2024																	
<table><tr><td colspan="2">NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td colspan="2">4600027078</td></tr></table>				NÚMERO DE RPC		4600027078		<table><tr><td colspan="2">NÚMERO DE PLANILLA</td></tr><tr><td colspan="2">ALEJANDRO RIVERA</td></tr></table>				NÚMERO DE PLANILLA		ALEJANDRO RIVERA					
NÚMERO DE RPC																			
4600027078																			
NÚMERO DE PLANILLA																			
ALEJANDRO RIVERA																			
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	Al							
		NO				26	12	2024	1		24	12	2024						
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica		X							
OBSERVACIONES (si se requiere)																			
SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO															
NOMBRE:		JAVIER ANDRES ACOSTA MAHECHA		NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS		NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA									
CARGO Y DEPENDENCIA:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD									
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:											

				GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033			
				RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 04			
								FECHA: 18/10/2024			
<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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.</p>											
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN				FECHA DE INICIO DEL CONTRATO				FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)			
Día Mes Año 26 12 2024				Día Mes Año 24 12 2024				Día Mes Año 31 12 2024			
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				SECCIÓN PRESUPUESTAL			
CONTRATO N°				PRINCIPAL				ADICIONAL			
SS-CDCVI-1388-2024				X							
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				CONTRATISTA - BENEFICIARIO			
				3124522880				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			
								CÉDULA O NIT			
								860 037 592-9			
								CORREO ELECTRÓNICO			
								R00DESALUD@FOSCA-CUNDINAMARCA			
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*				*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO*				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO*			
OBJETO				"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO Y/O SUS SEDES DEPENDIENTES, PARA CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A SU CARGO."							
CAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO				CLAUSULA SEPTIMA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El valor total del convenio es por la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$450.000.000), los cuales serán desembolsados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, con cargo a la vigencia fiscal 2024 de la siguiente manera: FORMA DE DESEMBOLSO: Un único desembolso por la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$450.000.000), que se efectuará 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, pago 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							
FONDO DEL PAGO A REALIZAR				3-7110				NOMBRE DEL FONDO			
								SALUD PARTICIPACION LICORERA CUNDI			
PAGO N°				1				VALOR DEL PAGO			
DE				1				\$ 252.886.673			
BANCO				BANCOLOMBIA							
CUENTA N°				345-000025-53				AHORROS			
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR				ANTICIPO			
DEPARTAMENTO				\$ 450.000.000,00				PORCENTAJE DEL ANTICIPO			
								VALOR ANTICIPADO			
								\$ -			
								VALOR DEL ANTICIPO			
								\$ -			
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO			
								\$ -			
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO			
								\$ -			
								SALDO AMORTIZACIÓN			
								\$ -			
								VALOR BRUTO A PAGAR			
								\$ 252.886.673			
								VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS			
								\$ 441.278.618			
TOTAL				\$ 450.000.000				SALDO POR EJECUTAR			
								\$ 8.721.382			
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL							
DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO							
17 12 2024				9 12 2024							
NÚMERO DE RPC				NÚMERO DE PLANILLA							
4600027078				ALEJANDRO RIVERA							
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO				SI X				FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA			
				NO				Día Mes Año			
								26 12 2024			
								# INFORME SUPERVISA			
								1			
								PERIODO A CERTIFICAR			
								del			
								Día Mes Año			
								24 12 2024			
								Al			
								Día Mes Año			
								26 12 2024			
NOVEDADES AL CONTRATO				Suspensión				Cesión			
								Terminación Anticipada			
								Supervisión			
								No Aplica			
								X			
OBSERVACIONES (si se requiere)											
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO			
NOMBRE:				JAVIER ANDRES ACOSTA MAHECHA				NOMBRE:			
								DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS			
CARGO Y DEPENDENCIA:				PROFESIONAL UNIVERSITARIO				CARGO Y DEPENDENCIA:			
								DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO			
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:			

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>				GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033																									
				RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 04																									
								FECHA: 18/10/2024																									
<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 intervisor 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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.</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											
		28		12		2024				24		12		2024				31		12		2024											
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA								SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.B																	
CONTRATO N°				PRINCIPAL				ADICIONAL				CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																	
SS-CDCVI-1388-2024				X								EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO				860.037.592-9																	
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO																					
0				3108659363				CLL 3 6 31				HTENJO@CUNDINAMARCA.GOV.CO																					
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS												*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO																	
OBJETO												"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO Y/O SUS SEDES DEPENDIENTES, PARA CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A SU CARGO."																					
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO												CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El valor total del convenio es por la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$450.000.000), los cuales serán desembolsados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, con cargo a la vigencia fiscal 2024 de la siguiente manera: FORMA DE DESEMBOLSO: Un único desembolso por la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$450.000.000), que se efectuará 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; pago 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																					
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3-2891		NOMBRE DEL FONDO		LOTERIA DE CUNDIM - COLCIENCIAS		VALOR DEL PAGO		\$		8.721.382																					
PAGO N°		1		DE		1		BANCO		BANCOLOMBIA		AHORROS																					
CUENTA N°						345-000025-53																											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR				ANTICIPO				VALOR																					
DEPARTAMENTO				\$		450.000.000,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO																									
								VALOR ANTICIPADO		\$		-																					
								VALOR DEL ANTICIPO		\$		-																					
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$		-																					
D I C I O N								AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$		-																					
DEPARTAMENTO				\$		-		SALDO AMORTIZACIÓN		\$		-																					
								VALOR BRUTO A PAGAR		\$		8.721.382																					
								V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$		450.000.000																					
TOTAL				\$		450.000.000		SALDO POR EJECUTAR		\$		-																					
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA												CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																					
DIA MES AÑO												DIA MES AÑO																					
17 12 2024												9 12 2024																					
NÚMERO DE RPC												NÚMERO DE PLANILLA																					
4600027078												ALEJANDRO RIVERA																					
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		Mes		Año		Al		Día		Mes		Año	
		NO						26		12		2024		1		24		12		2024		26		12		2024							
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión				Cesión						Terminación Anticipada				Supervisión				No Aplica				X									
OBSERVACIONES (si se requiere)																																	
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO																									
NOMBRE:		JAVIER ANDRES ACOSTA MAHECHA				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA																			
CARGO Y DEPENDENCIA:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO				CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD																			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																					

E.S.E.HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO



E.S.E Hospital

Santa Rosa

Tenjo

NIT 860.037.592-9

Calle 3 No 6-31 Telefax: 8654118

Tenjo (C/Marca)

Cod. IPS: 257990005601

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764053074808 con vigencia del 04-08-2023 al 04-08-2024. Numeración habilitada del 300001 al 350000 y prefijo HSRT

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSRT-330087

Fecha Factura: 24/12/2024

Fecha Vencimiento: 24/12/2024

Fecha Validación DIAN: 24/12/2024 10:34:00

Fecha Inicial: 24/12/2024

Fecha Final: 24/12/2024



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 3859bea5dd9cb985d59241e55eb1133bfd34a1896ab48eaad851dbc968b2cb00b7e12ac6052f0d0d6f6e72ba75330a5d

Elaborado por: ELSA GONZALEZ

Administradora: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Nit: 899999114 - 0

Convenio: SS-CDCVI-1388 - SS-CDCVI-1388-2024

Fecha Convenio: 01/01/2016 A 31/12/2024

Contratación: Por servicio

Forma pago: Crédito

Plazo (Días): 0

Plan Beneficio: Cobertura entidad territ

CC 899999114 DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD

Tipo Usuario: Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI	Descripción	Cant	VI Unit	VI Total	Copago	Saldo
1135912	24/12/20						Convenio Interadministrativo SS-CDCVI-1388-2024	1.00	450,000,000.00	450,000,000	0	450,000,000
Total Paciente										450,000,000	0	450,000,000

OBSERVACIONES: SEGUN CONVENIO INTERADMINISTRIVO SS-CDCVI-1388-2024 ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

Valor en letras: CUATROCIENTOS CINCUENTAMILLONES PESOS MCTE

TOTAL CARGOS

DESCUENTO

TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS

SALDO ADMINISTRADORA

450,000,000

0

0

450,000,000

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PACIENTES

FIRMA PACIENTE

	GESTIÓN FINANCIERA		Código: A-GF-FR-025
			Versión: 7
	Creación o Actualización de Datos de Terceros		Fecha: 10/septiembre/2024
FECHA:	DÍA 24	MES 12	AÑO 2024
Marcar sólo una opción 1. CREACIÓN ☐ 2. ACTUALIZACIÓN ☒			
INFORMACIÓN GENERAL			
1. SECRETARÍA	Salud		
2. CONTRATO	AÑO 1388 AÑO 2024		
3. CONVENIO			
DATOS PERSONALES			
4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO		
5. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT	860037592	DV 9
6. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	ALEJANDRO RIVERA MOYA		
7. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía	78242113	DV 1
8. DIRECCIÓN PRINCIPAL	Calle 3 N° 6 - 31		
9. DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	Cundinamarca-Tenjo		
10. TELÉFONO	601 Cundinamarca - Bogotá	3108659363	
11. CORREO ELECTRÓNICO	htenjo@cundinamarca.gov.co		
INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO			
12. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Bancolombia S.A. Cód. 07		
13. NÚMERO CUENTA BANCARIA	34500002553	78100	Ahorro
La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual. Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA			
14. PERSONA	Jurídica		
15. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	No aplica		
16. NATURALEZA	Pública		
17. REGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA		
18. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE No RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR RENTA No RESOLUCIÓN		
19. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL 8510 Actividades de hospitales y clínicas, con internación		
20. AMPLIFICACIÓN	PRINCIPAL CIU 8510 9.66 x 1000		
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluidos en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de acceso, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co Responsable de Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 N° 51 - 53, identificada con el NIT: 899.958.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co			
ANEXOS			
1. Fotocopia del documento de identidad 2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN 3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique) 4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autorretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique) 5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa Las fotocopias deben estar totalmente legibles			
FIRMA			
ALEJANDRO RIVERA MOYA		78242113	
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN			
21. PLANEO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS		
22. CUENTA ASOCIADA	2401010912 Bienes y servicios Salud	¿CUAL?	
23. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales		
24. VÍNCULO RAGO	Y Transferencia Salud		
INDICADORES DE RETENCIÓN			
25. RETENCIÓN	TARIFA 1		
26. RETENCIÓN	TARIFA 2		
27. RETENCIÓN	TARIFA 3		
28. RETENCIÓN	TARIFA 1		
29. RETENCIÓN	TARIFA 2		
30. RETENCIÓN	TARIFA 3		
31. RETENCIÓN DE IVA	R001 Retención aplicable a compras 15%		
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	R007 Retención aplicable a servicios 15%		
33. ESTAMPILLAS	TARIFA 1		
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2,5%		
FECHA:	DÍA 26	MES 12	AÑO 2024
PROCESADO POR:	WILLIAM CALDERON ROBLEDO		
REVISADO POR:			

Certificación Bancaria



Tenjo, 16 de Noviembre de 2024

Señores:

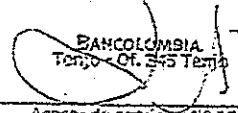
A QUIEN INTERESE

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO con NIT. 860037592 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco el siguiente producto :

Nombre Producto	Nombre del Convenio	Número Producto	Fecha Apertura
CUENTA DE AHORROS	SS-CDCVI-1388-2024	345-000025-53	2024/12/16

Atentamente,


Asesor de servicios nº 151
Cédula N° 39790475

Carlos Eduardo Gómez Vásquez
Asesor Comercial Multisegmento.
Sucursal Tenjo (345)

* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 – Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CDCVI-1388-2024	
Informe Parcial ☒ / No. Del Informe 1	Informe Final ☐
Periodo del Informe: Del 24.12.2024 hasta el 26.12.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	26.12.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE
NIT / C.C.:	8600375929
Supervisor:	JAVIER ANDRES ACOSTA MAHECHA
Cargo:	PROFESIONAL UNIVESITARIO
Objeto del Contrato o Convenio:	"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO Y/O SUS SEDES DEPENDIENTES, PARA CONTRIBUIR CON EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A SU CARGO."
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	13.12.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	24.12.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100059304
Registro Presupuestal	4600027078
Valor Inicial del Contrato o Convenio	\$450,000,000
Adición	\$0
Vigencia Futura	\$0
Valor Total del Contrato	\$450,000,000
Plazo de Ejecución Inicial	31.12.2024
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	31.12.2024
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	31.12.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 0%

1.Suscribir acta de inicio dentro de los cinco días hábiles siguientes a la firma del respectivo convenio.

Se suscribe acta de inicio el día 24 de Diciembre de 2024, entre las ESE y la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Se cumple con esta obligación

2.Aportar certificación de apertura de cuenta bancaria para el manejo de los recursos del convenio; la cual deberá ser

 <div>Gobernación Cundinamarca</div>	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

creada dentro de los cinco (5) días siguientes de la firma del convenio; con destinación específica para el manejo de los recursos asignados.

La ESE presenta certificación de apertura de cuenta de ahorros 345-000025-53 en el Banco Bancolombia, cumpliendo con esta obligación.

3.Modificar el presupuesto de ingresos y de gastos de la E.S.E. conforme a la asignación de los recursos, en concordancia con la solicitud viabilizada por la secretaria de salud y según lo establecido en la Ordenanza No.0103 de 2023 y demás normas presupuestales vigentes.

La ESE deberá presentar El ACUERDO de la Junta directiva y la RESOLUCION del CONFISCUN (EN LOS CASOS QUE APLIQUE), por medio del cual se hace la incorporación de los recursos al presupuesto, esto en relación a la distribución acordada en el presente convenio

4.Presentar copia del acuerdo de junta directiva donde se aprobó la incorporación de los recursos del presente convenio al presupuesto de la entidad.

La ESE deberá presentar El ACUERDO de la Junta directiva, por medio del cual se hace la incorporación de los recursos al presupuesto.

5.Presentar copia de la resolución del CONFISCUN o CONFIS, donde se modifica el presupuesto de ingresos y gastos incorporando los recursos del convenio al presupuesto de la entidad, en los términos establecidos en la Ordenanza No.0103 de 2023 y las normas concordantes. (En caso de aplicar).

La ESE deberá presentar la RESOLUCION del CONFISCUN, por medio del cual se hace la incorporación de los recursos al presupuesto (EN CASO QUE APLIQUE)

6.Aportar para efectos del pago de los recursos y de manera mensual durante el término de ejecución, certificado de cumplimiento en el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), y parafiscales.

La ESE presentó certificación de pagos a los aportes al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y parafiscales con fecha de certificación 09 de diciembre de 2024, cumpliendo con esta obligación

7.Utilizar los recursos conforme al objeto del convenio y a la solicitud de recursos viabilizada por el secretario de Salud, previa solicitud del representante legal de la ESE

La ESE deberá presentar los soportes necesarios relacionados a la ejecución del presente convenio y certificar que los recursos fueron ejecutados en relación al objeto y solicitud de recursos viabilizada

8.Designar un responsable para el seguimiento a la ejecución oportuna del convenio.

La ESE deberá presentar ante la supervisión del convenio, notificación de delegación para el seguimiento al presente convenio. En caso tal, de no ser presentada la designación, esta supervisión entiende que la o el Gerente será la persona responsable.

9.Presentar informes mensuales al supervisor del convenio sobre los avances en la ejecución con los soportes correspondientes para el seguimiento al mismo, los cuales deben ser debidamente cargados a la plataforma SECOP II.

La ESE deberá presentar mensualmente los informes correspondientes a la ejecución del presente convenio.

10.Reintegrar los rendimientos financieros generados mensualmente, certificados por la entidad bancaria.

Los recursos relacionados a los rendimientos financieros, deberán ser consignados mensualmente a la cuenta bancaria que está asignada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

11.Reintegrar los recursos no ejecutados, para la expedición de documento de ingreso por parte de la tesorería de la secretaria de Salud, previo a la suscripción del acta de liquidación.

La ESE deberá realizar la devolución de los recursos no ejecutados del presente convenio, en la cuenta autorizada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

12.Presentar informe final sobre la ejecución total de los recursos girados en cumplimiento del objeto contractual, dentro de los 5 días siguientes al vencimiento del término de ejecución del convenio, y certificado de cancelación de la cuenta bancaria del convenio, a fin de proceder a su liquidación, el cual debe ser debidamente cargado a la plataforma SECOP II.

La ESE deberá presentar el informe final del convenio y cargar los documentos soportes necesarios en la plataforma SECOP II.

13.Adelantar el proceso de gestión de cartera y conciliaciones, estableciendo una estrategia administrativa y jurídica que le permita aumentar el recaudo por venta de servicio, para cual deberá entregar un informe dentro del plazo de ejecución del convenio.

La ESE deberá demostrar que ha realizado estrategias que permitan a la ESE recaudar sus cuentas por cobrar relacionadas a la prestación de servicios de salud.

Por lo anterior se solicita se presente un cronograma de actividades para el cumplimiento de esta obligación.

14.Adelantar las gestiones administrativa y financiera necesarias de conformidad con los indicadores de desempeño

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

acorte del 31 de diciembre de 2024, con el fin de ser calificada su gestión.

La ESE deberá, para la liquidación del presente convenio, dar cumplimiento a los indicadores relacionados en el clausurado de este convenio.

15. Acatar todas las circulares, resoluciones y actos administrativo emitidos por la secretaria de Salud Departamental.

La ESE deberá dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en los actos administrativos proferidos por la Secretaría de Salud del departamento de Cundinamarca.

16. Las demás que por la naturaleza del presente convenio deba ejecutar la ESE.

La ESE deberá dar cumplimiento a las observaciones que esta supervisión manifieste, toda vez que las mismas estén en línea con el objeto y las obligaciones del presente convenio

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
-------------------	-------	-------

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

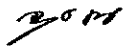
NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Se recomienda a la ESE, dar cumplimiento a TODAS, las obligaciones contempladas en el presente convenio.


JAVIER ANDRES ACOSTA MAHECHA
PROFESIONAL UNIVESITARIO

 E.S.E Hospital Santa Rosa Tenjo	ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO NIT: 860. 037.592-9	 Gobernación de Cundinamarca
VERSION: 001		PAGINAS: 1
CODIGO: CAR BANCO		

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

"HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO"

CERTIFICA

Que la E.S.E "Hospital Santa Rosa de Tenjo", ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente al mes de noviembre de 2024

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Tenjo, Cundinamarca a los nueve (09) día del mes de diciembre de 2024.


ALEJANDRO RIVERA MOYA
REPRESENTANTE LEGAL

Elaboró : Elsa Gonzalez R	Aprobó: ALEJANDRO RIVERA MOYA
Auxiliar Administrativo	Representante Legal

E-mail: htenjo@cundinamarca.gov.co Web: www.esehospitalsantarosadetenjo.gov.co Telefono: 8654118
Calle 3 N.6-31 Tenjo Cundinamarca