

SS - C D C VI - 1388 - 2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 8 HOSP FUSAG TENJO UBATE VILLET UMG GUADUAS ORDIN DIC 27 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	12:47

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	Referencia	3100000000037110
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2553	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 252.886.673,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8463786

GIRAF
TESORERÍAGobernación de
CundinamarcaFormato GF-006
Documento de Pago No.3300162761

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA-330087
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 3-7110
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 8600375929 ✓
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

Fecha de Contabilización: 26.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 26.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Salud Participación Licorera Cundin
Documento RPC: 4600027078
Código del Tercero: 2400000227

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS-CDCVI-1388- 2024

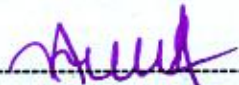
VALOR BRUTO FACTURA: DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS \$ 252.886.673

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	252.886.673- ✓
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	252.886.673

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS \$ 252.886.673

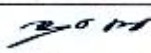

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co2900215776
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

 Gobernación de Cundinamarca	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								
			26	12	2024				24	12	2024								
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARÍA DE SALUD - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				SECCIÓN PRESUPUESTAL											
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									
				3124522680				CR 1 # 3 - 05		RODESALUD@FOSCA.CUNDINAMARCA									
SÓLO 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 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."																			
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO CLAUSULA SÉPTIMA - 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		VALOR DEL PAGO		\$ 252.886.673									
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		\$		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 <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>NÚMERO DE RPD</th> </tr> <tr> <td>17</td> <td>12</td> <td>2024</td> <td>4600027078</td> </tr> </table>												DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPD	17	12	2024	4600027078
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPD																
17	12	2024	4600027078																
CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>12</td> <td>2024</td> <td>ALEJANDRO RIVERA</td> </tr> </table>												DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA	9	12	2024	ALEJANDRO RIVERA
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA																
9	12	2024	ALEJANDRO RIVERA																
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI X NO		FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día Mes Año		# INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR									
						26 12 2024		1											
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión				Terminación Anticipada											
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:		SECRETARÍA DE SALUD									
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:											

16-171390

X61



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 8 HOSP FUSAG TENJO UBATE VILLET UMG GUADUAS ORDIN DIC 27 2024
Fecha Pago 27/12/2024
Hora Pago 12:47

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	Referencia	3100000000032891
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2553	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 8.721.382,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

8463786

GIRADC
TESORERÍA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300162763

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA -330087
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 3-2891
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 8600375929
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

Fecha de Contabilización: 26.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 26.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: loteria de Cundinam - colciencias
Documento RPC: 4600027078
Código del Tercero: 2400000227

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS-CDCVI-1388- 2024

VALOR BRUTO FACTURA: OCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS \$ 8.721.382

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	8.721.382-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	8.721.382

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: OCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS \$ 8.721.382


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-80-CER003297 ST-CER026786 CO-81-CER1917570

Secretaría de Hacienda

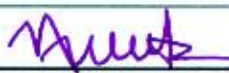
@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900215377

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

 Gobernación de Cundinamarca	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 TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)			Día		Mes		Año							
			28		12		2024					31		12		2024							
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD - DIRECCIÓN 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 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."																							
CLAUSULA SÉPTIMA - 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			\$ -														
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO			\$ -														
						SALDO AMORTIZACIÓN			\$ -														
						VALOR BRUTO A PAGAR			\$ 8.721.382														
						VR 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																	
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			Día			Mes			Año					
			NO									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:							

16-171391

703

SS - CPCVI - 1388 - 2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 8 HOSP FUSAG TENJO UBATE VILLET UMG GUADUAS ORDIN DIC 27 2024
Fecha Pago 27/12/2024
Hora Pago 12:47

Detalle Proceso de Pago

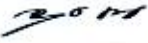
Nit Destino	8600375929	Referencia	3100000000032850
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2553 Banco	BANCOLOMBIA	
Valor	\$ 188.391.945,00 Estado	Pago Exitoso	

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRAD
TESORERIA

Documento de Pago No.3300162766

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

 Gobernación de Cundinamarca		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 adiciones)	Día	Mes	Año										
		26	12	2024			24	12	2024		31	12	2024										
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARÍA DE SALUD - DIRECCIÓN 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 diligencie las dos siguientes casillas*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO														
OBJETO		<p>"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."</p>																					
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		<p>CLAUSULA SÉPTIMA - 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 HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO 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.</p>																					
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													
						VIR 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																	
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		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:		SECRETARÍA DE SALUD													
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:															

191388

766