CD CVI - 1098 - 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 3 HOSP FOSCA CONV 1098 OFERTA NOV 6 DE 2024
Fecha Pago	06/11/2024
Hora Pago	12:24

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8320072727	**Referencia**	3100000000043604
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2836	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 1.847.575,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8217272

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300150303

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	05.11.2024
Referencia Del Documento:	FRA CSF.35437	Fecha Impresión de Factura:	05.11.2024
Centro Gestor:	1197.02	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Fondo:	4-3604	Nombre del Fondo:	Devoluciones SGP subsidio a la oferta
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600025464
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CDCVI 1098 2024

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS $ 1.847.575

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	1.847.575-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.847.575

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS $ 1.847.575

NEIDY A.TINJACA R.
ORDENADOR

2900201894

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
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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.

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
	5	11	2024		12	9	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1098-2024	X		CENTRO DE SALUD FOSCA E.S.E	832007272-7
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3166907776		Carrea 1 N. 3 - 05	esecentrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	Financiar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la Empresa Social del Estado E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7, con los recursos asignados del Sistema General de Participaciones (SGP) en el Subcomponente de subsidio a la oferta para la vigencia 2024
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente convenio por DOSCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($222.782.353,00), se girará así: 1) La suma de CIENTO TREINTA Y CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($134.127.925,00), con la suscripción del acta inicio, 2) El segundo pago por valor de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.730.884,00). 3) Tres pagos mensuales por valor de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.730.886,00). 4) El sexto pago por un valor de ONCE MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($11.047.415,00) previo el giro de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Tesorería de la Secretaría de Salud de Cundinamarca conforme a los informes mensuales de avance de ejecución, del balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, suscrito por el supervisor del contrato. 5) Un último pago en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.683.471,00) para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance final financiero y de cumplimiento de las obligaciones; y se suscriba el acta de liquidación entre las partes. En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. Para el desembolso de estos recursos a la E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR–025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad, Parágrafo 1: Para el giro de los recursos la ESE debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social: salud, pensión y riesgos profesionales, expedida por el Revisor Fiscal del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje. Parágrafo 2: El valor girado a la E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación - gastos de operación de los servicios de salud.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3604	NOMBRE DEL FONDO	Devoluciones SGP Subsidio a la Oferta Ex	VALOR DEL PAGO	$ 1.847.575
PAGO N°	1 DE 7	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°	469400092836	AHORROS			

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 222.782.353,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 1.847.575
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 1.847.575
TOTAL	$ 222.782.353	SALDO POR EJECUTAR	$ 220.934.778

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
6	09	2024	4600025464

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
22	10	2024	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO 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			23	10	2024	1		12	9	2024	30	9	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:	LUZ YANETH ARIAS DONCEL	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	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:	

56/158265

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 3 HOSP FOSCA CONV 1098 OFERTA NOV 6 DE 2024
Fecha Pago	06/11/2024
Hora Pago	12:24

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8320072727	**Referencia**	3100000000043601
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX2836	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 1.697.949,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300150302

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	05.11.2024
Referencia Del Documento:	FRA CSF 35437	Fecha Impresión de Factura:	05.11.2024
Centro Gestor:	1197.02	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Fondo:	4-3601	Nombre del Fondo:	SGP salud oferta intereses
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600025464
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CDCVI 1098 2024

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS $ 1.697.949

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	1.697.949-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.697.949

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS $ 1.697.949

NEIDY A.TINJACA R.
ORDENADOR

2900201892

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
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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.

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
	5	11	2024		12	9	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1098-2024	X		CENTRO DE SALUD FOSCA E.S.E	832007272-7
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3166907776		Carrea 1 N. 3 - 05	esecentrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	Financiar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la Empresa Social del Estado E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7, con los recursos asignados del Sistema General de Participaciones (SGP) en el Subcomponente de subsidio a la oferta para la vigencia 2024
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente convenio por DOSCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($222.782.353,00), se girará así: 1) La suma de CIENTO TREINTA Y CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($134.127.925,00), con la suscripción del acta inicio, 2) El segundo pago por valor de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.730.884,00). 3) Tres pagos mensuales por valor de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.730.886,00). 4) El sexto pago por un valor de ONCE MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($11.047.415,00) previo el giro de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Tesorería de la Secretaría de Salud de Cundinamarca conforme a los informes mensuales de avance de ejecución, del balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E, suscrito por el supervisor del contrato. 5) Un último pago en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.683.471,00) para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance final financiero y de cumplimiento de las obligaciones; y se suscriba el acta de liquidación entre las partes. En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. Para el desembolso de estos recursos a la E E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR--025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad, Parágrafo 1: Para el giro de los recursos la ESE debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social: salud, pensión y riesgos profesionales, expedida por el Revisor Fiscal del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje. Parágrafo 2: El valor girado a la E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación - gastos de operación de los servicios de salud.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3601	NOMBRE DEL FONDO	SGP Salud Oferta Intereses	VALOR DEL PAGO	$ 1.697.949
PAGO N°	1	DE	7	BANCO	DAVIVIENDA
CUENTA N°	469400092836				AHORROS

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 222.782.353,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
DEPARTAMENTO		$ -	SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 1.697.949
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 3.545.524
TOTAL		$ 222.782.353	SALDO POR EJECUTAR	$ 219.236.829

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
6	09	2024	4600025464

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
22	10	2024	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO 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			23	10	2024	1		12	9	2024	30	9	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURIDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	LUZ YANETH ARIAS DONCEL	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	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:	

56/158262

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 3 HOSP FOSCA CONV 1098 OFERTA NOV 6 DE 2024
Fecha Pago	06/11/2024
Hora Pago	12:24

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8320072727	**Referencia**	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2836	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 130.582.401,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8217272 GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300150301

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	05.11.2024
Referencia Del Documento:	FRA CSF-35437	Fecha Impresión de Factura:	05.11.2024
Centro Gestor:	1197.02	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Fondo:	3-3600	Nombre del Fondo:	SGP salud oferta
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600025464
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CDCVI 1098 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO TREINTA MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOSUN PESOS $ 130.582.401

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	130.582.401-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	130.582.401

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO TREINTA MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOSUN PESOS $ 130.582.401

NEIDY A.TINJACA R.
ORDENADOR

2900201890.
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
	VERSIÓN: 04
RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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.

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
	6	11	2024		12	9	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1098-2024	X		CENTRO DE SALUD FOSCA E.S.E	832007272-7
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3166907776		Carrea 1 N. 3 - 05	esecentrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	Financiar los gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios de la operación corriente de la Empresa Social del Estado E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7, con los recursos asignados del Sistema General de Participaciones (SGP) en el Subcomponente de subsidio a la oferta para la vigencia 2024
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente convenio por DOSCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($222.782.353,00), se girará así: 1) La suma de CIENTO TREINTA Y CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA CORRIENTE ($134.127.925,00), con la suscripción del acta inicio, 2) El segundo pago por valor de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.730.884,00). 3) Tres pagos mensuales por valor de DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($17.730.886,00). 4) El sexto pago por un valor de ONCE MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($11.047.415,00) previo el giro de los recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a la Tesorería de la Secretaría de Salud de Cundinamarca conforme a los informes mensuales de avance de ejecución, del balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones por parte de la E.S.E. suscrito por el supervisor del contrato. 5) Un último pago en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($6.683.471,00) para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance final financiero y de cumplimiento de las obligaciones; y se suscriba el acta de liquidación entre las partes. En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. Para el desembolso de estos recursos a la E.E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2024", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR--025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 1: Para el giro de los recursos la ESE debe acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social: salud, pensión y riesgos profesionales, expedida por el Revisor Fiscal del cumplimiento de las obligaciones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje. Parágrafo 2: El valor girado a la E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA con NIT 832007272-7, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la ESE en el marco de lo establecido en el presente Convenio, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando la misma destinación - gastos de operación de los servicios de salud.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3600	NOMBRE DEL FONDO	SGP Salud Oferta	VALOR DEL PAGO	$ 130.582.401
PAGO N°	1	DE 7	BANCO	DAVIVIENDA	
CUENTA N°		469400092836		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 222.782.353,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 130.582.401
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 134.127.925
TOTAL	$ 222.782.353	SALDO POR EJECUTAR	$ 88.654.428

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
6	09	2024	4600025464

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DE PLANILLA
22	10	2024	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO 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			23	10	2024	1		12	9	2024	30	9	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:	LUZ YANETH ARIAS DONCEL	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	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:	

301 56/158 261