SS - CDCVI. 1469. 2024

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 11 HOSPITALES 37210 MEDICO EN TU TERRIT ORDINARIO MARZO12 2025 |
| **Fecha Pago** | 12/03/2025 |
| **Hora Pago** | 11:11 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 8320072727 | **Referencia** | 3100000000037210 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX4691 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 38.613.000,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300134356

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 11.03.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA FESE-36123 | Fecha Impresión de Factura: | 11.03.2025 |
| 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: | 4600027337 |
| NIT del Tercero: | 8320072727 | Código del Tercero: | 2200002452 |
| Nombre del Tercero: | CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 7 SS CDCVI 1469 2024

VALOR BRUTO FACTURA: TREINTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS $ 38.613.000

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 38.613.000- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 38.613.000 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: TREINTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS $ 38.613.000

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

DP - 2900180072

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3 | 3 | 2025 | | 2 | 1 | 2025 | | 1 | 9 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | DAF - SECRETARIA DE SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197,B |
|---|---|---|---|

| CONTRATO Nº | PRINCIPAL | ADICIONAL | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|
| SS-CDCVI-1469-2024 | X | | CENTRO DE SALUD DE FOSCA | 832007272-7 |
| **TELEFONO FIJO** | **NUMERO CELULAR** | | **DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| 6018490112 | | | CARRERA 1 3 05 | GERENTESALUDFOSCA@GMAIL.COM |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | | | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E.PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL "MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD", Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS. |
| CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | El valor total del presente convenio interadministrativo es de DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($ 291.180.000), de los cuales La Secretaría de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($ 291.180.000), que serán girados a la E.S.E de la siguiente manera: Se realizarán 7 desembolsos de la siguiente manera:1 Un PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de enero de la vigencia 2025, por la suma de SETENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL M/CTE ($72.795.000), la cual cubrirá los meses de enero y febrero de 2025.2 UN SEGUNDO DESEMBOLSO QUE SE REALIZARÁ EN EL MES DE FEBRERO DE LA VIGENCIA 2025, POR LA SUMA DE TREINTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE ($38.613.000), la cual cubrirá el mes de marzo de 2025. 3 Un TERCER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de marzo de la vigencia 2025, por la suma DE CINCUENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($53.488.500), la cual cubrirá el mes de abril y 15 días de mayo de 2025.4 Un CUARTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de abril de la vigencia 2025, por la suma de CINCUENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($53.488.500), la cual cubrirá el cubrirá 15 días de mayo y mes de junio de 2025 5 Un QUINTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de mayo de la vigencia 2025, por la suma de TREINTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE ($38.613.000), la cual cubrirá el mes de Julio de 2025. 6 Un SEXTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de junio de la vigencia 2025 por la suma TREINTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($31.270.200), la cual cubrirá el mes de agosto de 2025. 7 Un SEPTIMO DESEMBOLSO por la suma DOS MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($2.911.800), sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024 |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 3-7210 | NOMBRE DEL FONDO | Salud Participación Licores Otros Departamentos | VALOR DEL PAGO | $ 38.613.000 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO Nº | 2 DE 7 | BANCO | DAVIVIENDA | | |
| CUENTA Nº | | 469400094691 | | AHORROS | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | $ 291.180.000,00 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | |
| | | | VALOR ANTICIPADO | $ - |
| | | | VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $ - | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $ 38.613.000 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 111.408.000 |
| TOTAL | | $ 291.180.000 | SALDO POR EJECUTAR | $ 179.772.000 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 23 | 01 | 2025 | 4600027337 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 17 | 2 | 25 | 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 | | | 3 | 3 | 25 | 2 | | 30 | 1 | 2025 | 28 | 2 | 2025 |

| 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: | DIANA MARCELA FORERO DELGADO | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA: | DIRECTORA DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CARGO Y DEPENDENCIA: | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |