



DAVIVIENDA

CPC VI - 1101 - 2024

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 19HSPTABGUADCAQMADRTEJLAPALMVILLFOSCNIMANOL33600 OF DIC 19 2024
Fecha Pago 19/12/2024
Hora Pago 15:49

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	Referencia	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2343	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 18.244.341,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de
Cundinamarca

3422034

GIRADO
TESORERÍA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300161103

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA HSRT-327748
Centro Gestor: 1197.02
Fondo: 3-3600
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 8600375929
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

Fecha de Contabilización: 19.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 19.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Nombre del Fondo: SGP salud oferta
Documento RPC: 4600025515
Código del Tercero: 2400000227

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 7 SS CDCVI 1101 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS \$ 18.244.341

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	18.244.341
DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:					18.244.341

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

VALOR NETO A PAGAR: DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS \$ 18.244.341


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CO-SC-CER303297 ST-CE1866785 CO-SI-CER1017575

@CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

DP-2900213113

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			
		5	12	2024		1	10	2024		31	12	2024			
SECRETARIA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SALUD						SECCIÓN PRESUPUESTAL		1197-02					
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT						
SS-CDCVI 1101-24		X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO			860037592-9						
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR							CORREO ELECTRÓNICO						
		3127123233							htenjo@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 E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860.037.592 - 9, 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		<p>1) La suma de CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES DOCE MIL VEINTITRÉS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 138.012.023,00), con la suscripción del acta inicio;</p> <p>2) El segundo desembolso por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 18.244.341,00);</p> <p>3) Tres desembolsos mensuales por valor de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 18.244.339,00);</p> <p>4) El sexto desembolso por un valor de ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISETE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 11.367.327,00) 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 Convenio 5) Un último desembolso en un porcentaje del 3% por un valor de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOCE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 6.877.012,00) 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.</p> <p>En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja - PAC.</p>													
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3-3600		NOMBRE DEL FONDO		SGP Salud oferta		VALOR DEL PAGO		\$ 18.244.341					
PAGO N°		2		BANCO		BANCOLOMBIA									
CUENTA N°		D E 7		34500002343		AHORROS									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR									
DEPARTAMENTO		\$ 229.233.720,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO											
				VALOR ANTICIPADO		\$ -									
				VALOR DEL ANTICIPO		\$ -									
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -									
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -									
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$ -									
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$ 18.244.341									
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 156.256.364									
TOTAL		\$ 229.233.720		SALDO POR EJECUTAR		\$ 72.977.356									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL											
DIA MES AÑO				DIA MES AÑO				DIA MES AÑO							
12 09 2024				7 10 24				Karin Amparo Sanchez Plazas							
NÚMERO DE RPC				NÚMERO DE PLANILLA											
4600025515															
EL CONTRATISTA CUMPLIO A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI X		FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO		Día Mes Año		INFORME		PERIODO A CERTIFICAR		del		Al	
		NO				7 11 2024		2		R		11 11 2024		15 11 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:		Ivan Alberto Puerto Garzón				NOMBRE:				Diego Fernando Charry Ballesteros					
CARGO Y DEPENDENCIA:		Profesional Universitario				CARGO Y DEPENDENCIA:				DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					
FIRMA:						FIRMA:									
										NOMBRE:					
										Neidy Adriana Tinjaca Rueda					
										CARGO Y DEPENDENCIA:					
										SECRETARIA DE SALUD					
										FIRMA:					

56/169 808