SS - ED CVI - 1101.2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 19 HOSP SGP SALUD OFERTA 33600 DIC 27 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	18:58

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	**Referencia**	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2343	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 11.367.327,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8468036

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300162909

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	27.12.2024
Referencia Del Documento:	FRA HSRT-329148	Fecha Impresión de Factura:	27.12.2024
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:	4600025515
NIT del Tercero:	8600375929	Código del Tercero:	2400000227
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 7 SS CDCVI 1101 2024

VALOR BRUTO FACTURA: ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS $ 11.367.327

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	11.367.327-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	11.367.327

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS $ 11.367.327

NEIDY A.TINJACA R.
ORDENADOR

2900216324

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 CONTRAT	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	20	12	2024		1	10	2024		31	12	2024

SECRETARÍA 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	*CEDULA 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	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; 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). 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). 4) El sexto desembolso por un valor de ONCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE 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. En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3600	NOMBRE DEL FONDO	SGP Salud oferta	VALOR DEL PAG	$ 11.367.327
PAGO N°	6 DE 7	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°		34500002343		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 229.233.720,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
BIENESTAR	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 11.367.327
TOTAL		$ 229.233.720	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 222.356.708
			SALDO POR EJECUTAR	$ 6.877.012

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
12	09	2024	4600025515

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
10	12	24	Karina Amparo Sanchez Plazas

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 Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			19	12	2024	6		16	12	2024	31	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:	Ivan Alberto Puerto Garzón	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:	

26/1/25