CVI - 790 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 20 HOSP SALUD OFERTA 33600 43601 12 SEPT 2025
Fecha Pago	12/09/2025
Hora Pago	14:59

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9007503331	**Referencia**	3100000000043601
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4089	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 14.206.675,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300156761

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	11.09.2025
Referencia Del Documento:	FRA HNSM-1345656	Fecha Impresión de Factura:	11.09.2025
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:	4600031679
NIT del Tercero:	9007503331	Código del Tercero:	2200003131
Nombre del Tercero:	ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CD CVI 709 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CATORCE MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS $ 14.206.675

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	14.206.675-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	14.206.675

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CATORCE MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS $ 14.206.675

LILIANA S. CEPEDA A.
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-FR-033
		VERSIÓN: 06
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 04/09/2025

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 gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

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
	8	9	2025		5	8	2025		31	12	2025

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-790-2025	X				ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	9007503331

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
FUNZA		3103042034
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA CON NIT 900750333-1, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2025 EN LAS SEDES DETERMINADAS COMO MONOPOLIO DE SERVICIOS TRAZADORES.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de SETECIENTOS TRECE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE. ($713.457.900). La forma de desembolso de los recursos asignados en el marco del presente convenio se efectuará conforme a lo establecido en los estudios previos, de acuerdo con lo previsto en el numeral 8.7 del artículo 8 de la Resolución 484 de 2024. En este sentido, el 97% del valor total del convenio será girado mediante pagos mensuales, conforme al Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC, y el 3% restante será desembolsado al momento de la liquidación del convenio, previa verificación del balance financiero final y del cumplimiento de las obligaciones contractuales. El primer pago se efectuará con la suscripción del acta de inicio. 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. Los recursos transferidos, correspondientes al componente del Subsidio a la Oferta, no estarán sujetos a reconocimiento contra facturación y deberán destinarse exclusivamente al pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades presupuestales y bajo seguimiento de la autoridad departamental competente. 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 y aplicando los recursos de manera proporcional a la asignación determinada para cada municipio sede de monopolio de servicios trazadores.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3601	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud oferta intereses	VALOR DEL PAGO	$14.206.675
PAGO N°	1A	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			462100154089		Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$713.457.900	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$14.206.675
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$14.206.675
	TOTAL	$713.457.900	SALDO POR EJECUTAR	$699.251.225

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
30	7	2025	4600031679	1	9	2025	RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			8	9	2025	1		5	8	2025	31	8	2025
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FLORESMIRO BENAVIDES	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO (C) - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

GD/197444

CVI - 790 · 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 20 HOSP SALUD OFERTA 33600 43601 12 SEPT 2025
Fecha Pago	12/09/2025
Hora Pago	14:59

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9007503331	**Referencia**	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX4089	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 399.782.948,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300156762

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	11.09.2025
Referencia Del Documento:	FRA HNSM.1345656	Fecha Impresión de Factura:	11.09.2025
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:	4600031679
NIT del Tercero:	9007503331	Código del Tercero:	2200003131
Nombre del Tercero:	ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES		

Nombre del Alternativo:

Descripción: 790 PAGO 1 DE 7 SS CD CVI 802 2025

VALOR BRUTO FACTURA: TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS $ 399.782.948

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	399.782.948-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	399.782.948

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS $ 399.782.948

LILIANA S. CEPEDA A.
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-FR-033
		VERSIÓN: 06
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 04/09/2025

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 gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

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
	8	9	2025		5	8	2025		31	12	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197,02

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-790-2025	X				ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	9007503331
DIRECCIÓN					CORREO	TELÉFONO
FUNZA						3103042034
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE PERSONAL Y LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA CON NIT 900750333-1, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA 2025 EN LAS SEDES DETERMINADAS COMO MONOPOLIO DE SERVICIOS TRAZADORES.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de SETECIENTOS TRECE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE. ($713.457.900). La forma de desembolso de los recursos asignados en el marco del presente convenio se efectuará conforme a lo establecido en los estudios previos, de acuerdo con lo previsto en el numeral 8.7 del artículo 8 de la Resolución 484 de 2024. En este sentido, el 97% del valor total del convenio será girado mediante pagos mensuales, conforme al Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC, y el 3% restante será desembolsado al momento de la liquidación del convenio, previa verificación del balance financiero final y del cumplimiento de las obligaciones contractuales. El primer pago se efectuará con la suscripción del acta de inicio. 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. Los recursos transferidos, correspondientes al componente del Subsidio a la Oferta, no estarán sujetos a reconocimiento contra facturación y deberán destinarse exclusivamente al pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades presupuestales y bajo seguimiento de la autoridad departamental competente. 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 y aplicando los recursos de manera proporcional a la asignación determinada para cada municipio sede de monopolio de servicios trazadores.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3600	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud oferta	VALOR DEL PAGO	$399.782.948
PAGO N°	1B	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°		462100154089			Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$713.457.900	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	$ 0
		VALOR DEL ANTICIPO	$ 0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ 0
DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ 0
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ 0
		VALOR BRUTO A PAGAR	$399.782.948
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 413.989.623
TOTAL	$713.457.900	SALDO POR EJECUTAR	$ 299.468.277

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
30	7	2025	4600031679	1	9	2025	RICARDO ALBERTO GIL MONSALVE

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			8	9	2025	1		5	8	2025	31	8	2025
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)												

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FLORESMIRO BENAVIDES	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO (C) - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

68/193476