



DAVIVIENDA

CUI - 806 - 2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 12 HOS CAQUEZ,SANFCO,TENJO,LAMESA,ALMEIDAS,FACA 43601 33600 16 SEP 25
Fecha Pago 16/09/2025
Hora Pago 11:55

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	Referencia	3100000000043601
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5704	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 5.369.897,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA HSRT-352612
Centro Gestor: 1197.02
Fondo: 4-3601
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 8600375929
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO

Fecha de Contabilización: 15.09.2025
Fecha Impresión de Factura: 15.09.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Nombre del Fondo: SGP salud oferta intereses
Documento RPC: 4600031716
Código del Tercero: 2400000227

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CD CVI 806 2025

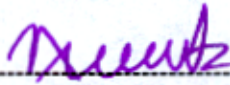
VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS \$ 5.369.897

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	5.369.897-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	5.369.897

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS \$ 5.369.897


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA

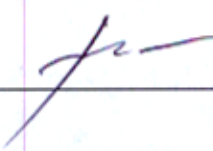
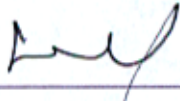


CO-RC-CER003297 ST-CER8066765 CO-SI-CER1817575

Secretaría de Hacienda

Twitter: @CundinamarcaGov
Facebook: CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900208209
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA						CÓDIGO: E-GCCP-FR-033									
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 06									
								FECHA: 04/09/2025									
<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 gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.</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				
		8	9	2025		13	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-806-2025		X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO				8600375929							
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO							
CL 3 6 31						HTENJO@CUNDINAMARCA.GOV.CO				3108659363							
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 SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860037592-9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA.															
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TRECE PESOS M/CTE. (\$269.675.713). 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		\$5.369.897						
PAGO N°		1A	DE	7	BANCO		Banco Davivienda										
CUENTA N°		0550468300045704						Ahorros									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR							
DEPARTAMENTO		\$269.675.713				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				\$5.369.897							
						VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$5.369.897							
TOTAL		\$269.675.713				SALDO POR EJECUTAR				\$264.305.816							
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			
31		7		2025		4600031716		5		8		2025		KARINA AMPARO SANCHEZ PLAZAS			
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI	X	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR		Del		Al			
		NO				8	9	2025	1			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
												13	8	2025	31	8	2025
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) - SECRETARÍA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - DAF				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARÍA DE SALUD (E)			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:					

86/197663

CVI 306-2025



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 12 HOS CAQUEZ,SANFCO,TENJO,LAMESA,ALMEIDAS,FACA 43601 33600 16 SEP 25
Fecha Pago 16/09/2025
Hora Pago 11:55

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	Referencia	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5704	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 151.111.581,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogísticaMM Fecha de Contabilización: 15.09.2025
Referencia Del Documento: FRA HSRT.352612 Fecha Impresión de Factura: 15.09.2025
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: 4600031716
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 1 DE 7 SS CD CVI 806 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO CINCUENTA Y UN MILLONES CIENTO ONCE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS \$ 151.111.581

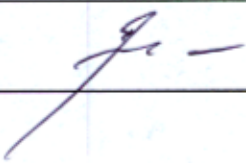
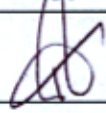
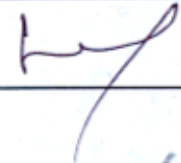
Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	151.111.581
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	151.111.581

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO CINCUENTA Y UN MILLONES CIENTO ONCE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS \$ 151.111.581


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA						CÓDIGO: E-GCCP-FR-033																											
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						FECHA: 04/09/2025																											
<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 gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.</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													
		8		9		2025				13		8		2025				31		12		2025													
SECRETARIA 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-806-2025		X								EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO						8600375929																			
DIRECCIÓN						CORREO						TELÉFONO																							
CL 3 6 31						HTENJO@CUNDINAMARCA.GOV.CO						3108659363																							
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA 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 SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860037592-9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA.																													
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TRECE PESOS M/CTE. (\$269.675.713). 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		\$151.111.581																									
PAGO N°		1B		DE		7		BANCO		Banco Davivienda																									
CUENTA N°						0550468300045704		Ahorros																											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR		ANTICIPO		VALOR																											
DEPARTAMENTO				\$269.675.713		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		\$151.111.581																											
						VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 156.481.478																											
TOTAL				\$269.675.713		SALDO POR EJECUTAR		\$ 113.194.235																											
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																					
31		7		2025		4600031716		5		8		2025		KARINA AMPARO SANCHEZ PLAZAS																					
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI		X		FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día		Mes		Año		# REPORTE SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		Del		Al		Día		Mes		Año		Día		Mes		Año			
		NO						8		9		2025		1				13		8		2025		31		8		2025							
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:																							

8/197664