CVI · 806 · 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**	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

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300157108

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	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:	4-3601	Nombre del Fondo:	SGP salud oferta intereses
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: 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

2900208209

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

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		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
		V/R 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								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				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:	

8197663

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

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300157109

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	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 Deducción

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

2900208210

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

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		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	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
Adicion 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			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DIA	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			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		13	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:	

8/197664