CVI . 808 - 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	8320072727	**Referencia**	3100000000043601
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX6290	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 5.247.836,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300156770

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	11.09.2025
Referencia Del Documento:	FRA FESE- 37494	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:	4600031717
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CD CVI 808 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS $ 5.247.836

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	5.247.836-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	5.247.836

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS $ 5.247.836

LILIANA S. CEPEDA A.
ORDENADOR

2900209721

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		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-806-2025	X				CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	8320072727

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 1 3 05	Ese_centrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co	6018490112

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. CENTRO DE SALUD DE FOSCA CON NIT 832007272-7, 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 DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE. ($263.545.825). 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	$5.247.836
PAGO N°	1A	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°		0550469400096290			Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$263.545.825	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	$5.247.836
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$5.247.836
TOTAL	$263.545.825	SALDO POR EJECUTAR	$258.297.989

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	4600031717	12	8	2025	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

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:	

58197432

CUF . 808 - 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	8320072727	**Referencia**	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6290	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 147.676.726,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300156771

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	**Fecha de Contabilización:**	11.09.2025
Referencia Del Documento:	FRA FESE. 37494	**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:**	4600031717
NIT del Tercero:	8320072727	**Código del Tercero:**	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 7 SS CD CVI 808 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTISEIS PESOS $ 147.676.726

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	147.676.726-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	147.676.726

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTISEIS PESOS $ 147.676.726

LILIANA S. CEPEDA A.
ORDENADOR

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

2900207723

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-808-2025	X				CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	8320072727

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 1 3 05	Ese_centrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co	6018490112

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. CENTRO DE SALUD DE FOSCA CON NIT 832007272-7, 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 DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE. ($263.545.825). 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	$147.676.726

PAGO N°	18	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°				055046940096290	Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$263.545.825	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	$147.676.726
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 152.924.562
TOTAL	$263.545.825	SALDO POR EJECUTAR	$ 110.621.263

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	4600031717	12	8	2025	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al 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 SOFÍA 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:	

56/197434