CD 589. 2025

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 1 HOSP RICAURTE CV 589 DE 2025 SALUD PUBLICA 33700 OCT 2 DE 2025 |
| **Fecha Pago** | 02/10/2025 |
| **Hora Pago** | 14:18 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 9000582183 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX4088 | **Banco** | OCCIDENTE |
| **Valor** | $ 63.664.346,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300158978

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 26.09.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA-45266 | Fecha Impresión de Factura: | 26.09.2025 |
| Centro Gestor: | 1197.01 | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA |
| Fondo: | 3-3700 | Nombre del Fondo: | SGP salud pública |
| Verificado por: | ESAFANADORP | Documento RPC: | 4600030758 |
| NIT del Tercero: | 9000582183 | Código del Tercero: | 2200002461 |
| Nombre del Tercero: | E. S. E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE CUNDINAMARCA | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 9 SS-CD-CI-589-2025

VALOR BRUTO FACTURA: SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS $ 63.664.346

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 63.664.346- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 63.664.346 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS $ 63.664.346

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



2900210792

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 23 | 9 | 2025 | | 2 | 5 | 2025 | | 31 | 12 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | SECRETARIA DE SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197.01 |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SS-CD-CI-589-2025 | X | | | | E. S. E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE CUNDINAMARCA | 9000582183 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 4 148 22 R | CENTRODESALUD-ESE@-RICAURTE- | 6018317484 |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS, PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE CON LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS, EN MUNICIPIOS A CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR, DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES TÉCNICAS Y OPERATIVAS ESTABLECIDAS TANTO A NIVEL NACIONAL, COMO A NIVEL DEPARTAMENTAL, MEDIANTE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE. |
| CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, pagará la suma de QUINIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CATORCE PESOS M/CTE ($572.979.114) La forma de pago por la cual se cancelará la totalidad del contrato para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO., será así: Nueve (9) Pagos, a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscriba, se cancelarán previa presentación del informe mensual de actividades, de acuerdo con el cronograma de la Tabla 7. ACCIONES PARA APOYO A LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS POR RHODNIUS PROLIXUS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, cronograma de actividades, cuenta de cobro con los soportes de las actividades ejecutadas e informe de aprobación por parte del supervisor. Cada pago se realizará, previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato, presentación del informe de ejecución y entrega de productos mensuales al supervisor, según el cumplimiento de las actividades programadas y costeadas dentro del presente estudio, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva cuenta de cobro del contratista. Todos los pagos se realizarán, una vez se cuente con el respectivo Plan Anualizado Mensualizado de Caja (PAC). b) El último pago, estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departame ntal 161 de 2024. c) El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 3-3700 | NOMBRE DEL FONDO | SGP salud pública | VALOR DEL PAGO | $63.664.346 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 3 DE 9 | BANCO | Banco de Occidente | | |
| CUENTA N° | | 103864088 | | Ahorros | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | $572.979.114 | 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 | $63.664.346 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $182.166.338 |
| TOTAL | | $572.979.114 | SALDO POR EJECUTAR | $390.812.776 |

| 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 |
| 24 | 4 | 2025 | 4600030758 | 3 | 7 | 2025 | JHON DIVER ALZATE MOSCOSO |

| 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 | | | 12 | 9 | 2025 | 3 | | 16 | 6 | 2025 | 1 | 7 | 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: | FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | SUBDIRECTOR TÉCNICO/SUBDIRECCIÓN DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |