CVI . 790 . 2025

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 2 HOSP NEMOCON Y FUNZA 33600 OFERTA OCTUBRE 6 DE 2025 |
| **Fecha Pago** | 06/10/2025 |
| **Hora Pago** | 10:50 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 9007503331 | **Referencia** | 3100000000033600 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX4089 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 59.893.655,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

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

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300159735

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Clase Documento** | **RE Factura LogisiticaMM** | **Fecha de Contabilización:** | **03.10.2025** |
| **Referencia Del Documento:** | **FRA HNSM-1352684** | **Fecha Impresión de Factura:** | **03.10.2025** |
| **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:** | **PAGO 2 DE 7 SS CD CVI 790 2025** | | |

**VALOR BRUTO FACTURA: CINCUENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 59.893.655**

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 59.893.655 |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 59.893.655 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

**VALOR NETO A PAGAR: CINCUENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 59.893.655**

---

**NEIDY A. TINJACA R.**
**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 26 | 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 | $59.893.655 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 2 | 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 | $59.893.655 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $473.883.278 |
| TOTAL | $713.457.900 | SALDO POR EJECUTAR | $239.574.622 |

| 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 TP16873-T |

| 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 Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | NO | | | 26 | 9 | 2025 | 2 | | 1 | 9 | 2025 | 26 | 9 | 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: | CARMEN YANNETH ARIAS PARADA | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | Neidy Adriana Tinjaca Rueda |
| CARGO Y DEPENDENCIA | Profesional Especializado | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - DAF | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |