



DAVIVIENDA

CD-CVI-790-25

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 4 HOSP MADRID SAMAR UBATE FUNZA 33600 OFERTA OCT 16 DE 2025
Fecha Pago	16/10/2025
Hora Pago	12:38

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



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA HNSM-1359470
Centro Gestor: 1197.02
Fondo: 3-3600
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 9007503331
Nombre del Tercero: ESE DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

Fecha de Contabilización: 15.10.2025
Fecha Impresión de Factura: 15.10.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Nombre del Fondo: SGP salud oferta
Documento RPC: 4600031679
Código del Tercero: 2200003131

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 7 SS CD CVI 790 2025

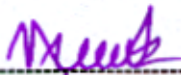
VALOR BRUTO FACTURA: CINCUENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS \$ 59.893.655

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 Dedución
--------------------------------	------------------------	-------------------------------

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

		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				
		9	10	2025		5	8	2025			31	12	2025				
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SUBCUENTA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA						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°		3 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							
DEPARTAMENTO		\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0							
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$0							
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$59.893.655							
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$533.776.933							
TOTAL		\$713.457.900				SALDO POR EJECUTAR				\$179.680.967							
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		10		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	N° INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR		Del		Al			
		NO				9	10	2025	3			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
						27	9	2025				9	10	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:					

86/202104