CDCTI 1537.2024-VF

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 4 HOSP 1 TIEDOT 37110 37210 10600 42825 17 OCT 2025
Fecha Pago	17/10/2025
Hora Pago	15:25

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240305	**Referencia**	3100000000010600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4622	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 17.590.738,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300161755

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	17.10.2025
Referencia Del Documento:	FRA FEV 436466	Fecha Impresión de Factura:	17.10.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	1-0600	Nombre del Fondo:	Recurso Ordinario
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4700010193
NIT del Tercero:	8600240305	Código del Tercero:	2400000202
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 8 SS CDCTI 1537 2024 VF

VALOR BRUTO FACTURA: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS $ 17.590.738

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	17.590.738-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	3.027.275
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	14.563.463

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS $ 17.590.738

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
	10	10	2025		30	1	2025		14	10	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-CDCTI-1537-2024 VF ORD 017/2024		X			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR	8600240305

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CALLE 14 2 91	GERENCIA@ESEDIOGENESTRONCOSOPTOSAL	3187344804

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

OBJETO	EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIÓGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEPTIMA – FORMA DE PAGO: Se realizarán cinco (5) pagos mensuales vencidos a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscriba, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas, con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y entrega de productos mensuales al supervisor, teniendo en cuenta los productos definidos en el anexo técnico detallado y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura electrónica. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con el PAC. El último pago estará sujeto a las actividades realizadas y aprobadas por el su pervisor. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven PARAGRAFO 1: Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo Plan Anualizado Mensualizado de Caja (PAC). PARAGRAFO 2: El último pago estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. PARAGRAFO 3: El hospital pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana Cabe resaltar que el plazo de ejecución de este contrato interadministrativo supera la vigencia 2024, para lo cual se debe tener en cuenta la Ordenanza No. 017 de 2024, por la cual: "Se autoriza al Gobernador del Departamento de Cundinamarca para que se asuma obl igaciones que afectan el repuesto de vigencias futuras ordinarias y excepcionales en el nivel central y descentralizado". Expedida por La Asamblea de Cundinamarca, en donde autoriza la vigencia futura que se utilizara para el presente proceso, tal cual como lo express el Articulo Primero: "Autorizar al Gobernador del Departamento de Cundinamarca, para comprometer presupuesto con cargo a Vigencias Futuras Ordinarias y Excepcionales, en el nivel central y descentralizado con el fin de cumplir con la ejecución de Gastos de Funcionamiento e Inversión del Presupuesto General del Departamento, durante las vigencias fiscales 2025,2026 y 2027, por la suma de SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($649.331.400.146)." CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: La secretaria de Salud de Cundinamarca realizara el pago del valor de la adición, conforme a los siguientes términos: Se realizarán tres (3) pagos de conformidad con las entregas realizadas a partir de la firma de la presente adición, prorroga y modificación que para tales efectos se suscriba, las cuales deben contar con las evidencias detalladas en las tablas descritas en la cláusula tercera denominada condiciones técnicas exigidas al Hospital, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas por entrega, con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución por entrega de las evidencias al supervisor, y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura electrónica. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con el PAC. El último pago estará sujeto al cumplimiento de la totalidad de entregas requeridas, las cuales deben ser aprobadas por el supervisor y a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven. PARAGRAFO 1: Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo Plan Anualizado Mensualizado de Caja (PAC). PARAGRAFO 2. El hospital pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0600	NOMBRE DEL FONDO	Recurso Ordinario	VALOR DEL PAGO	$17.590.738
PAGO N°	6 DE 8	BANCO	Bancolombia		
CUENTA N°	39276424622		Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$91.385.595	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	$0
		VALOR DEL ANTICIPO	$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$43.976.846	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	$17.590.738
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$108.976.333
TOTAL	$135.362.441	SALDO POR EJECUTAR	$26.386.108

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
5	8	2025	4700010193	6	10	2025	JUAN CAMILO RAMIREZ BOHORQUEZ

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			10	10	2025	6		30	7	2025	23	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:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO /DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

6/2025 21