806. 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 8 HOSP TENJ,NIMAI,FUNZ,MADRD,SAMARIT,CAQUE,CARUPA 33600 25 NOV 2025
Fecha Pago	25/11/2025
Hora Pago	12:02

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600375929	**Referencia**	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5704	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 22.638.847,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300167200

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	24.11.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSRT-356557	Fecha Impresión de Factura:	24.11.2025
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:	4600031716
NIT del Tercero:	8600375929	Código del Tercero:	2400000227
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 7 SS CD CVI 806 2025

VALOR BRUTO FACTURA: VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS $ 22.638.847

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	22.638.847-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	22.638.847

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS $ 22.638.847

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900220020

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
	13	11	2025		13	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				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	8600375929

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 3 6 31	HTENJO@CUNDINaMARCA.GOV.CO	3108659363

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 SANTA ROSA DE TENJO CON NIT 860037592-9, CON LOS RECURSOS ASIGNADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) EN EL SUBCOMPONENTE DE SUBSIDIO A LA OFERTA PARA LA VIGENCIA.
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 NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TRECE PESOS M/CTE. ($269.675.713). 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	$22.638.847
PAGO N°	3	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	0550468300045704				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$269.675.713	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	$22.638.847
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$179.120.325
TOTAL	$269.675.713	SALDO POR EJECUTAR	$90.555.388

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
31	7	2025	4600031716

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
15	10	2025	KARINA AMPARO SANCHEZ PLAZAS

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		13	11	2025	3		1	10	2025	15	10	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:	IVAN ALBERTO PUERTO GARZON	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/207822