DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 HOSP 37210 42825 10600 42830 47210 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	17:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8320072727	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7702	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 247.026.094,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

1099-2025

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174288

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	15.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA FRA FESE-382	Fecha Impresión de Factura:	15.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	3-7210	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licores Otros
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600032542
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS CD CVI 1099 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES VEINTISEIS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS $ 247.026.094

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	247.026.094-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	247.026.094

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES VEINTISEIS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS $ 247.026.094

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900227493

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
	12	12	2025		21	11	2025		20	5	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-1099-2025	X				CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	8320072727

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 1 3 05	Ese_centrodesalud@fosca-cundinamarca.gov.co	6018490112

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

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA, PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEPTIMA- FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca– Secretaría de Salud, desembolsará la suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES VEINTISÉIS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($247.026.094) los cuáles serán girados a CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E. en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025. PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados. PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E, solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO	$247.026.094
PAGO N°	1	DE	1	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	469400097702				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$247.026.094	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	$247.026.094
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$247.026.094
TOTAL	$247.026.094	SALDO POR EJECUTAR	$0

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
10	11	2025	4600032542

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
12	10	2025	OMAR HUMBERTO LADINO PABÓN

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													
NO				12	12	2025	1		21	11	2025	12	12	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:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

86/216 114