0829-2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 2 HOS FUNZA, NIMAIMA 2, 1 RESOL PACHO 33600 32825 30 SEPT 2026
Fecha Pago	30/09/2026
Hora Pago	14:43

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9007503331	**Referencia**	3100000000033600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX3247	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 463.670.239,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300169417

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	25.09.2026
Referencia Del Documento:	FEV HNSM1482486	Fecha Impresión de Factura:	25.09.2026
Centro Gestor:	1197.02	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA PREST SERV NO CUBIER
Fondo:	3-3600	Nombre del Fondo:	SGP salud oferta
Verificado por:	KXCRUZ	Documento RPC:	4600038037
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 1 DE 6 SS-CD-CVI-0829-2026

VALOR BRUTO FACTURA: CUATROCIENTOSSESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS $ 463.670.239

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	463.670.239-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	463.670.239

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CUATROCIENTOSSESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS $ 463.670.239

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
	24	9	2026		8	9	2026		31	12	2026

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-0829-2026	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. DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO 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 2026 en las sedes determinadas como monopolio de servicios trazadores.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, desembolsara la suma de OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE ($829,347,104.00) así: Conforme al numeral 8.7 del Artículo 8 de la Resolución 484 de 2024, el cual establece: "8.7. El valor a girar de manera mensual, precisando los requisitos o condiciones para los respectivos desembolsos. Dejando un porcentaje no superior al 5% del valor del contrato para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones". Se establece como forma de desembolso de los recursos asignados el 97.00 % en giros mensuales y el 3.00% restante para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones, Así: El valor del presente convenio por: $829,347,104.00 se girará así: MUNICIPIO Fondo 3-3600 SGP Oferta 97% 3% Funza 829,347,104.00 804,466,691.00 24,880,413.00 TOTAL 829,347,104.00 804,466,691.00 24,880,413.00 El 97,00% esto es: $804,466,691.00, se girará en 5 pagos durante la vigencia 2026 a la E.S.E. DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA con Nit, 900750333-1 la cual desarrollará el objeto del contrato conforme a los recursos asignados en cada sede, como se determinan a continuación: El primer pago se realizará con la suscripción del acta de inicio, MES Funza Total AGOSTO 463,670,239,00 463,670,239,00 SEPTIEMBRE 146,270,746,00 146,270,746,00 OCTUBRE 73,135,373,00 73,135,373,00 NOVIEMBRE 73,135,373,00 73,135,373,00 DICIEMBRE SIN EL 3% 48,254,960,00 48,254,960,00 TOTAL 97% 804,466,691,00 804,466,691,00 En todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. Para el desembolso de estos recursos a la LA E.S.E. DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA con Nit, 900750333-1 debe presentar la certificación de la apertura una cuenta bancaria con destinación específica "SGP - SUBSIDIO A LA OFERTA - GASTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2026", la cual debe estar registrada en el formato "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES" del formato de creación o actualización A-GF-FR--025, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad, 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: El valor girado a la E.S.E. DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA con Nit, 900750333-1, correspondiente a recursos del subcomponente del Subsidio a la Oferta asignados, no estará sujeto al reconocimiento contra facturación y solo podrá ser utilizado para el pago de gastos de operación de los servicios de salud, conforme a las prioridades que se establezcan en la ejecución presupuestal y el seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera de la Secretaría de salud Departamental. Parágrafo 3: Al cierre de la vigencia fiscal, en el evento de que los recursos no hayan sido comprometidos por la E.S.E. DEL ORDEN D EPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA con Nit, 900750333-1 para cada municipio sede monopolio de servicios trazadores, en el marco de lo establecido en el convenio, se mantendrán como subsidio a la oferta, igual los rendimientos financieros (si a ello hubiere lugar) conservando el mismo objeto y debiendo incorporarlos en la siguiente vigencia. Parágrafo 4: La E.S.E pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del convenio, de conformidad con la Ley Colombia. Parágrafo 5: En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de caja PAC, el sistema de pago utilizado por el Departa mento y será consignada a una cuenta corriente o de ahorros de las instituciones Financieras que el CONTRATISTA registre en el formato titulado INFORMACION DE PROVEEDORES, el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 6: Los desembolsos se efectuarán previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la c ertificación de apertura de la cuenta bancaria para el pago de los recursos con destinación específica; acreditando que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, seguridad social y riesgos laborales; y la presentación de la respectiva cuenta de cobro.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3600	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud oferta	VALOR DEL PAGO	$463.670.239
PAGO N°	1 DE 6	BANCO	Banco Davivienda		
CUENTA N°	462100163247		Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$829.347.104	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	$463.670.239
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$463.670.239
TOTAL	$829.347.104	SALDO POR EJECUTAR	$365.676.865

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
2	9	2026	4600038037

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
3	9	2026	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			24	9	2026	1		8	9	2026	24	9	2026

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 Universitario	CARGO Y DEPENDENCIA	Director Administrativo y Financiero - DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	Secretaria de Despacho- Secretaria de Salud
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

SG/257441