SS · CDCTI · 1314-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 17 HOSP SALUD PUBLICA 33700 DIC 27 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	16:47

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8080035006	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4602	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 110.316.000,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8467776 GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300162985

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	27.12.2024
Referencia Del Documento:	FRA-281288	Fecha Impresión de Factura:	27.12.2024
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600026853
NIT del Tercero:	8080035006	Código del Tercero:	2200001329
Nombre del Tercero:	HOSPITAL ISMAEL SILVA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS-CDCTI-1314- 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO DIEZ MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS $ 110.316.000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	110.316.000-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	110.316.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO DIEZ MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS $ 110.316.000

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900216362

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

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	2024		26	11	2024		30	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	Secretaria de Salud	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCTI-1314-2024	X		HOSPITAL ISMAEL SILVA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E	NIT 808 003 500-6

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3187128165	CLL9-N. 9-39	talismaelsilva@silvani-cundinamarca.

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

OBJETO	Ejecutar acciones en el marco de la Estrategia de Gestión Integral para las ETV- zoonosis con el fin de disminuir los factores de riesgo que afecten la salud humana, a través del apoyo a las actividades operativas en vacunación antirrábica de perros y gatos, en el Departamento de Cundinamarca a los municipios categorías 4, 5 y 6 a cargo del HOSITAL ISMAEL SILVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, pagará a la E.S.E., la suma de CIENTO VEINTE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($120.966.000) La forma de pago por la cual se cancelará la totalidad del contrato para la E.S.E., será así: El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD,- Realizará pagos mensuales vencidos, previa presentación del informe mensual de actividades de acuerdo al cronograma del anexo 1, 2 y 3. Cuenta de cobro con los soportes de las actividades ejecutadas e informe de aprobación por parte del supervisor. El pago será correspondiente a los datos que reposen en el aplicativo SURVEY 123 por cada municipio. Cada pago se realizará previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato, presentación del informe de ejecución y entrega de productos al supervisor, según el cumplimiento de las actividades programadas y costeadas dentro del presente estudio, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva cuenta de cobro del contratista. 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 conformidad con la Ley colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP SALUD PUBLICA	VALOR DEL PAGO	$ 110.316.000
PAGO N°	1 DE 1	BANCO	BANCOLOMBIA S.A		
CUENTA N°		26447884602		CORRIENTE	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 120.966.000,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 110.316.000
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 110.316.000
TOTAL		$ 120.966.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 10.650.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
26	11	2024	4600026853

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
16	12	2024	HUMBERTO VELASQUEZ MORENO

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO 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			19	12	24	1		26	11	2024		12	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión			Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X