

SS OCTI - 1512 - 2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 6 HSPSANJRIOSCUCUNLAPALM UNE LAVEGPTO SALG 33700 Sp ABR25 2025
Fecha Pago	25/04/2025
Hora Pago	15:33

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	89999991656	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5786	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 41.236.027,00	Estado	Pago Exitoso



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA HSJP582540
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 8999991656 ✓
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

Fecha de Contabilización: 24.04.2025
Fecha Impresión de Factura: 24.04.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600027443
Código del Tercero: 2400000720

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 5 SS CDCTI 1512 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CUARENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL VEINTISIETE PESOS \$ 41.236.027

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	41.236.027- ✓
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	41.236.027

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CUARENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL VEINTISIETE PESOS \$ 41.236.027

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER2003297 ST-CER665765 CO-B-CER1017570

Secretaría de Hacienda

©CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900185240
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0



GESTIÓN CONTRACTUAL

CÓDIGO: A-GC-FR-033

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE
CONTRATOS/CONVENIOS

VERSIÓN: 04

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 FIN DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (OBLIGATORIA)	Día	Mes	Año
	8	4	2025		30	1	2025		29	6	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1127.01
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO
SS-CDCT-1512-2024	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ - LA PALMA
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		CEDULA O NIT
8505309	3206372958		899593165 - 8
			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
			CORREO ELECTRÓNICO
			Carrera 5 N° 1 - 08 La Palma
			strecia@lapalma-cundinamarca.gov.co
			*MÓDULO FISCAL ALTERNATIVO
			*MÓDULO O NIT FISCAL ALTERNATIVO

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 SAN JOSÉ - LA PALMA

CLÁUSULA SÉPTIMA - 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 supervisor. 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 conformidad 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 obligaciones que afectan el presupuesto 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 utilizará para el presente proceso, tal cual como lo expresa el Artículo 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 MCTE (\$649.331.400.146)."

FONDO DE PAGO A REALIZAR	3 - 3700	NOMBRE DEL FONDO	SOP salud publica	VALOR DEL PAGO	\$	41.236.027
PAGO N°	1	DE	5	BANCO	BANCOLOMBIA	
CUENTA N°			34176425786		AHORROS	
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR
DEPARTAMENTO	\$	243.316.684,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO		
				VALOR ANTICIPO	\$	-
				VALOR DEL ANTICIPO	\$	-
				AVORTIZACIÓN ANTICIPO	\$	-
				AVORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$	-
				SALDO AMORTIZACIÓN	\$	-
				VALOR BRUTO A PAGAR	\$	41.236.027
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$	41.236.027
TOTAL	\$	243.316.684		SALDO POR EJECUTAR	\$	202.080.657

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
Día	Mes	Año	NÚMERO DE RRC	Día	Mes	Año	NÚMERO DE PLANILLA
30	01	2025	4600027443	13	3	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	N° INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
	NO			Día	Mes	Año	Día		Mes	Año	Día	Mes	Año	
				8	4	2025	1		30	1	2025	27	2	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Supervisión	No Aplica	X
-----------------------	------------	--------	------------------------	-------------	-----------	---

OBSERVACIONES (si se requiere): Se presenta soporte documental de auxiliares de enfermería, corresponsal, profesional de entorno comunitario, profesional de entorno educativa,

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR TECNICO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/178433



DAVIVIENDA

SS CDTI - 1512 - 2024

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 6HSP SJRS PTOSALGLAVEGUNELAPALMCUC10500 37210ORDABR25 2025
Fecha Pago	25/04/2025
Hora Pago	15:33

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8999991656	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5786	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 3.632.729,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA HSJP.582540
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 1-0500
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 8999991656
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

Fecha de Contabilización: 24.04.2025
Fecha Impresión de Factura: 24.04.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Ingreso Corriente de Libre Destinación
Documento RPC: 4600027443
Código del Tercero: 2400000720

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 5 SS CDCTI 1512 2024

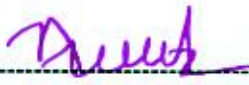
VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS \$ 3.632.729

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.632.729
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	3.632.729

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS \$ 3.632.729


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

 CundiGov  CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900185266
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0



Gobernación
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 (Inclusa prórroga)	Día	Mes	Año
	8	4	2025		30	1	2025		25	6	2025

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

CONTRATO N° PRINCIPAL ADICIONAL CONTRATISTA - BENEFICIARIO CÉDULA O MIT

SS-CDCTI-1512-2024 X EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ LA PALMA 889999165 - 6

TELÉFONO FIJO NÚMERO CELULAR DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CORREO ELECTRÓNICO

8505309 3208372858 Carrera 5 N° 1 - 08 La Palma erencia@lapalma-cundinamarca.gov.co

SOLO SE APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DEL PRESENTE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS * *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO *CÉDULA O MIT TERCERO ALTERNATIVO

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 SAN JOSÉ - LA PALMA

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 supervisor. 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 conformidad 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 obligaciones 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 utilizará para el presente proceso, tal cual como lo expresa el Artículo 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 MCTE. (\$849.331.400.146)."

FONDO DEL PAGO A REALIZAR 1-0500 NOMBRE DEL FONDO Ingreso Corriente de Libre Destinación VALOR DEL PAGO \$ 3.632.729

PAGO N° 1 DE 5 BANCO BANCOLOMBIA

CUENTA N° 34176425786 AHORROS

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN VALOR ANTICIPO VALOR

DEPARTAMENTO \$ 243.316.684,00 PORCENTAJE DEL ANTICIPO VALOR ANTICIPADO \$ -

DEPARTAMENTO VALOR DEL ANTICIPO \$ -

AMORTIZACIÓN ANTICIPO \$ -

AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO \$ -

SALDO AMORTIZACIÓN \$ -

VALOR BRUTO A PAGAR \$ 3.632.729

VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS \$ 44.868.756

TOTAL \$ 243.316.684 SALDO POR EJECUTAR \$ 198.447.928

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO
30	01	2025

NÚMERO DE RPO
4600027443

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO
13	3	2026

NÚMERO DE PLANILLA
JUAN CAMILO RAMIREZ BOHORQUEZ

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO SI X NO NO FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA Día Mes Año 8 4 2025 * INFORME SUPERVISA 1 PERIODO A CERTIFICAR del 30 1 2025 Al 27 2 2025

NOVEDADES AL CONTRATO Suspensión Cesión Terminación Anticipada Supervisión No Aplica X

OBSERVACIONES (si se requiere) Se presenta soporte documental de auxiliares de enfermería, corresponsal, profesional de entorno comunitario, profesional de entorno educativa,

SUPERVISOR/INTERVENTOR

ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN

ORDENADOR DEL GASTO

NOMBRE: RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ NOMBRE: DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS NOMBRE: NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA

CARGO Y DEPENDENCIA: SUBDIRECTOR TÉCNICO CARGO Y DEPENDENCIA: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO CARGO Y DEPENDENCIA: SECRETARÍA DE SALUD

FIRMA: FIRMA: FIRMA:

56/17 8437



DAVIVIENDA

SS CDETI 1512-2024

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 6HSP SJRS PTOSALGLAVEGUNELAPALMCUC10500 37210ORDABR25 2025
Fecha Pago 25/04/2025
Hora Pago 15:33

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	89999991656	Referencia	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5786	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 2.421.820,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA HSJP-582540
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 3-7210
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 8999991656
Nombre del Tercero: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA

Fecha de Contabilización: 24.04.2025
Fecha Impresión de Factura: 24.04.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Salud Participación Licores Otros
Documento RPC: 4600027443
Código del Tercero: 2400000720

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 5 SS CDCTI 1512 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES CUATROCIENTOSVEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS \$ 2.421.820

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	2.421.820-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	2.421.820

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES CUATROCIENTOSVEINTIUN MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS \$ 2.421.820


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

Twitter: @CundiGov Instagram: @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900185273
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0



GESTIÓN CONTRACTUAL

CODIGO: 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 (incluyendo prórrogas)	Día	Mes	Año
	8	4	2025		30	1	2025		29	5	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.8
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO
SS-CDCTI-1512-2024	X		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ - LA PALMA
TELÉFONO Fijo	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
8505309	3208372858		Carrera 5 N° 1 - 08 La Palma
BOLSA SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*		*BOLSA TERCERO ALTERNATIVO	
		*CÉDULA O NET TERCERO ALTERNATIVO	

OBJETO
EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ - LA PALMA

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO
CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO: Se realizarán cinco (5) pagos mensuales vencidos a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscribe, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas; con presentación del informe cuatrimestral y cuantitativo de ejecución y entrega de productos mensuales al supervisor, teniendo en cuenta los productos entregados en el anexo técnico detallado y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensiones y 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 supervisor. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven PARAGRAFO 1. Todos los pagos se realizarán una vez se cuenta 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. 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 obligaciones que afectan al presupuesto de vigencia futura ordinaria y excepcional en el nivel central y descentralizado". Expedido por la Asamblea de Cundinamarca, en donde autoriza la vigencia futura que se utilizará para el presente proceso, tal cual como lo expresa el Artículo Primero: "Autorizar al Gobernador del Departamento de Cundinamarca, para comprometer presupuesto con cargo a las 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 de 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 MCTE. (5649 331 400 148)".

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3.7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart'	VALOR DEL PAGO	\$	2.421.820
PAGO N°	1	DE	5	BANCO	BANCOLOMBIA	
CUENTA N°	34176425786					AHORROS
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR		ANTICIPO		VALOR	
DEPARTAMENTO	\$	243.316.684,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO			
D I C I O N	DEPARTAMENTO		VALOR ANTICIPADO		\$ -	
			VALOR DEL ANTICIPO		\$ -	
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -	
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$ -	
			SALDO ANTICIPO		\$ -	
VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 2.421.820		
VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 47.290.576		
TOTAL	\$	243.316.684	SALDO POR EJECUTAR		\$ 196.026.108	

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MESES	AÑO	NÚMERO DE RPD	DIA	MESES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
30	01	2025	4600027443	13	3	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	N° INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del	Al				
	NO			8	4	2025	1		30	1	2025	27	2	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Supervisión	No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)
Se presenta soporte documental de auxiliares de enfermería, corresponsal, profesional de entorno comunitario, profesional de entorno educativa,

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR TÉCNICO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARÍA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/178439