SS CDCVI 1425 - 2024.

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 27 HOSP CONV MEDICO EN TU TERRITORIO 37210 22 ABRIL 2025
Fecha Pago	22/04/2025
Hora Pago	14:38

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8080035006	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7456	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 44.436.600,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300138076

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	22.04.2025
Referencia Del Documento:	FRA HISF-290912	Fecha Impresión de Factura:	22.04.2025
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:	4600027205
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 3 DE 7 SS CDCVI 1425 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CUARENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOSTREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS $ 44.436.600

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	44.436.600-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	44.436.600

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CUARENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOSTREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS $ 44.436.600

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900184805

1425

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
	10	4	2025		2	1	2025		1	9	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	DAF - SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197,8

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1425-2024	X		HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE	808003500

TELÉFONO FIJO	NUMERO CELULAR		CORREO ELECTRONICO
8683116		CALLE 9 9 38	HOSPITALISMAELSILVA@YAHOO.ES

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

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA HOSPITAL ISMAEL SILVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MEDICO EN TU TERRITORIO CUIDANDO TU SALUD Y MEJORAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LOS TERRITORIOS
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	La Secretaría de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS M/CTE ($236.995.200); que serán girados a la ESE de la siguiente manera: Se realizarán siete (07) desembolsos de la siguiente manera: 1. Un PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de enero de la vigencia 2025, por la suma de CINCUENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($59.248.800), la cual cubrirá los meses de enero y febrero de 2025.2. UN SEGUNDO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de febrero de la vigencia 2025, por la suma de VEINTINUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($29.624.400), la cual cubrirá el mes de marzo de 2025. 3. Un TERCER DESEMBOLSO que se realizará en el mes de marzo de la vigencia 2025, por la suma DE CUARENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($44.436.600), la cual cubrirá el mes de abril y 15 días de mayo de 2025. 4. Un CUARTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de abril de la vigencia 2025, por la suma de CUARENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($44.436.600), la cual cubrirá el cubrirá 15 días de mayo y mes de junio de 2025. 5. Un QUINTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de mayo de la vigencia 2025, por la suma de VEINTINUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($29.624.400), la cual cubrirá el mes de Julio de 2025. 6. Un SEXTO DESEMBOLSO que se realizará en el mes de junio de la vigencia 2025 por la suma VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($27.254.448), la cual cubrirá el mes de agosto de 2025.7 Un SEPTIMO DESEMBOLSO por la suma DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE ($2.369.952), sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Departamentos	VALOR DEL PAGO	$ 44.436.600
PAGO N°	3 DE 7	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°	264-764174-56	AHORROS			

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR
DEPARTAMENTO		$ 236.995.200,00
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -
TOTAL		$ 236.995.200

ANTICIPO	VALOR
PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
VALOR ANTICIPADO	$ -
VALOR DEL ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
VALOR BRUTO A PAGAR	$ 44.436.600
VR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 133.309.800
SALDO POR EJECUTAR	$ 103.685.400

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
17	1	2025	4600027205

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
8	03	2025	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			10	4	25	3		1	3	2025	31	3	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	DIANA MARCELA FORERO DELGADO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTORA DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	