SS - CDCVI - IMJG - 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	8600354471	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3853	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 46.652.100,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300138082

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	22.04.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSAG460449	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:	4600027313
NIT del Tercero:	8600354471	Código del Tercero:	2400000214
Nombre del Tercero:	HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 7 SS CDCVI 1456 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIEN PESOS $ 46.652.100

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	46.652.100-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	46.652.100

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CUARENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIEN PESOS $ 46.652.100

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	1456 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.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1456-2024	X		ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	860035447-1
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
	3203236100		CL 6 N° 6-24	gerencia@hospitalguatavita.gov.co
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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MÉDICO 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	El valor total del presente convenio interadministrativo es de DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($254.719.200) de los cuales: La Secretaría de Salud de Cundinamarca, aportará la suma DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATROMILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE($254.719.200), 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 almes de enero de la vigencia 2025, por la suma de SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($63.679.800), 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 TREINTA Y CUATRO MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($34.055.400), 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 SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIEN PESOS M/CTE ($46.652.100), 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 SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIEN PESOS M/CTE ($46.652.100), 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 TREINTA Y CUATRO MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($34.055.400), 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 SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE ($27.077.208), la cual cubrirá el mes de agosto de 2025. 7. Un SEPTIMO DESEMBOLSO por la suma DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($2.547.192), 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	$ 46.652.100
PAGO N°	3 DE 7	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°		336-762538-53		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 254.719.200	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 46.652.100
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 144.387.300
TOTAL	$ 254.719.200	SALDO POR EJECUTAR	$ 110.331.900

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
	01	2025	4600027313

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
3	3	2025	JASON GONZALEZ GARZÓN

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:	

PAGO 3 DE 7 SS-CDCVI-1456-2024