SS · CD CVI - 1425 - 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 16 HOSPITALES 37210 MEDICO EN TU TERR ORDINARIO MAYO 30 2025
Fecha Pago	30/05/2025
Hora Pago	11:36

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

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300142775

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.05.2025
Referencia Del Documento:	FRA HISF-293822	Fecha Impresión de Factura:	29.05.2025
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 4 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

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 05
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/05/2025

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
	23	5	2025		2	1	2025		1	9	2025

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCVI-1425-2024 VF ORD. 017/2024	X				HOSPITAL ISMAEL SILVA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.	8080035006
DIRECCIÓN					CORREO	TELÉFONO
CL 9 9 25					hospitalismaelsilva@yahoo.es	601863116 / 601863116
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	VF ORD. 017/2024 "AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA HOSPITAL ISMAEL SILVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E. 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."
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEXTA - FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El valor total del presente convenio interadministrativo es de DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS M/CTE ($236.995.200) de los cuales: 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 VEIN TICUATRO 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. PARÁGRAFO PRIMERO: Los desembolsos se efectuarán previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se girarán de conformidad a la forma de desembolso anteriormente descrita, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el giro correspondiente al talento humano a contratar. PARÁGRAFO SEGUNDO: RENDIMIENTOS FINANCIEROS. Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO	$44.436.600
PAGO N°	4	DE	7	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°		26476417456			Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$236.995.200	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	$44.436.600
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$177.746.400
TOTAL	$236.995.200	SALDO POR EJECUTAR	$59.248.800

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
17	1	2025	4600027205	15	5	2025	HUMBERTO VELASQUEZ MORENO

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			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
SI	X			23	5	2025	4		1	4	2025	30	4	2025
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	N/A

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	DIRECTOR OPERATIVO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

86182834