SS · CDCTI · 1540 · 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 13 HOSPITALES MEDICO EN TU TERRITORIO 37210 10500 09 JUNIO 2025
Fecha Pago	09/06/2025
Hora Pago	12:34

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5821	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 1.816.365,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300143619

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	06.06.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN766436	Fecha Impresión de Factura:	06.06.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	1-0500	Nombre del Fondo:	Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600027372
NIT del Tercero:	8600240265	Código del Tercero:	2400000225
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 5 SS CDCTI 1540 2024

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS $ 1.816.365

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	1.816.365-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.816.365

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS $ 1.816.365

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
	28	5	2025		28	1	2025		27	6	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-CDCTI-1540-2024 VF ORD. 017/2024	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON	8600240265

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 6 9 40 SUR	gerencia@hospitaldenemocon.gov.co	3004660546

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

OBJETO	VF ORD. 017/2024 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 VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	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 su pervisor. 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 confor midad 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 obl igaciones 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 utilizara 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 M/CTE. ($649.331.400.146)."

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	$1.816.365
PAGO N°	3	DE	5	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°		33213435821			Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$167.067.470	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	$1.816.365
TOTAL		$167.067.470	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$61.620.199
			SALDO POR EJECUTAR	$105.447.271

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
28	1	2025	4600027372

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
8	5	2025	Olga Lucia Acosta Rincón

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	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				23	5	2025	3		19	3	2025	21	4	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)												

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO /DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

66/183848

SS. CDCTI . 1540 . 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 13 HOSPITALES MEDICO EN TU TERRITORIO 37210 10500 09 JUNIO 2025
Fecha Pago	09/06/2025
Hora Pago	12:34

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5821	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 1.210.910,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300143620

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	06.06.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN.766436	Fecha Impresión de Factura:	06.06.2025
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:	4600027372
NIT del Tercero:	8600240265	Código del Tercero:	2400000225
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3A DE 5 SS CDCTI 1540 2024

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN DOSCIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS $ 1.210.910

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	1.210.910-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.210.910

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN DOSCIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS $ 1.210.910

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
	28	5	2025		28	1	2025		27	6	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-CDCTI-1540-2024 VF ORD. 017/2024	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON	8600240265

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 6 9 40 SUR	gerencia@hospitaldenemocon.gov.co	3004660546

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

OBJETO	VF ORD. 017/2024 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 VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	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 su pervisor. 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 confor midad 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 obl igaciones 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 utilizara 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 M/CTE. ($649.331.400.146)."

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO	$1.210.910
PAGO N°	3a	DE	5	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°			33213435821		Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$167.067.470	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	$1.210.910
	TOTAL	$167.067.470	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$62.831.109
			SALDO POR EJECUTAR	$104.236.361

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
28	1	2025	4600027372	8	5	2025	Olga Lucia Acosta Rincón

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	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			23	5	2025	3		19	3	2025	21	4	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)												

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO /DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

86/183849

SSF CDCTI - 1540- 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 10 HOSP, 1 PROV BIOMERIEUX 33700 09 JUNIO 2025
Fecha Pago	09/06/2025
Hora Pago	12:34

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5821	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 31.664.393,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300143621

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	06.06.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN-766436	Fecha Impresión de Factura:	06.06.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600027372
NIT del Tercero:	8600240265	Código del Tercero:	2400000225
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3B DE 5 SS CDCTI 1540 2024

VALOR BRUTO FACTURA: TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS $ 31.664.393

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	31.664.393-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.278.173
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	30.386.220

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS $ 31.664.393

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
	28	5	2025		28	1	2025		27	6	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCTI-1540-2024 VF ORD. 017/2024	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NEMOCON	8600240265

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 6 9 40 SUR	gerencia@hospitaldenemocon.gov.co	3004660546

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

OBJETO	VF ORD. 017/2024 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 VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	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 su pervisor. 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 confor midad 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 obl igaciones 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 utilizara 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 M/CTE. ($649.331.400.146)."

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	$31.664.393
PAGO N°	3b	DE	5	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°			33213435821		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$167.067.470	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	$31.664.393
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$94.495.502
TOTAL	$167.067.470	SALDO POR EJECUTAR	$72.571.968

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
28	1	2025	4600027372	8	5	2025	Olga Lucia Acosta Rincón

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			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			23	5	2025	3		19	3	2025	21	4	2025
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)												

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO /DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

GG/183851