SS. CDCTI - 1527-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 11 HOSPITALES 10500 37210 ORDINARIO JUNIO 10 DE 2025
Fecha Pago	10/06/2025
Hora Pago	16:34

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8001743755	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6346	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 5.449.094,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300144005

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	10.06.2025
Referencia Del Documento:	FRA-1048950	Fecha Impresión de Factura:	10.06.2025
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:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600027394
NIT del Tercero:	8001743755	Código del Tercero:	2400000224
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		
Nombre del Alternativo:			

Descripción: PAGO 2b DE 7 SS-CDCTI-1527-2024

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES CUATROCIENTOSCUARENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS $ 5.449.094

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	5.449.094
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	5.449.094

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES CUATROCIENTOSCUARENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS $ 5.449.094

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		30	1	2025		29	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-1527-2024 VF ORD. 017/2024	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	8001743755

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 4 5 00	HFOMEQUE@CUNDINAMARCA.GOV.CO	3115419973

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 FOMEQUE".
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 Articulo 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	$5.449.094
PAGO N°	2b	DE	5	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°		473100086346			Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$410.384.156	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	$5.449.094
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$150.805.292
	TOTAL	$410.384.156	SALDO POR EJECUTAR	$259.578.864

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
30	1	2025	4600027394	11	4	2025	JOSE EDISON LOZADA QUINTERO

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													
NO				21	5	2025	2		26	2	2025	17	3	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:	

144005

06/184163

SS- CDCTI. 1527-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 11 HOSPITALES 10500 37210 ORDINARIO JUNIO 10 DE 2025
Fecha Pago	10/06/2025
Hora Pago	16:34

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8001743755	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6346	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 2.822.731,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300144002

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	10.06.2025
Referencia Del Documento:	FRA-1048950	Fecha Impresión de Factura:	10.06.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	3-7210	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licores Otros
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600027394
NIT del Tercero:	8001743755	Código del Tercero:	2400000224
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2a DE 5 SS-CDCTI-1527-2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS $ 2.822.731

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	2.822.731-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	2.822.731

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS $ 2.822.731

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		30	1	2025		29	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-1527-2024 VF ORD. 017/2024	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	8001743755

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 4 5 00	HFOMEQUE@CUNDINAMARCA.GOV.CO	3115419973

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 FOMEQUE".
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 Articulo 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	$2.822.731
PAGO N°	2a	DE	5	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			473100086346		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$410.384.156	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	$2.822.731
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$145.356.243
TOTAL	$410.384.156	SALDO POR EJECUTAR	$265.027.913

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
30	1	2025	4600027394

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
11	4	2025	JOSE EDISON LOZADA QUINTERO

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			21	5	2025	2		26	2	2025	17	3	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:	

144002

56/184164

SS - CDCTI - 1527 .2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSPITALES 33700 SALUD PUBLICA JUNIO 10 DE 2025
Fecha Pago	10/06/2025
Hora Pago	16:34

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8001743755	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX6346	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 72.421.209,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300143998

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	10.06.2025
Referencia Del Documento:	FRA-1048950	Fecha Impresión de Factura:	10.06.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600027394
NIT del Tercero:	8001743755	Código del Tercero:	2400000224
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 5 SS-CDCTI-1527-2024

VALOR BRUTO FACTURA: SETENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOSVEINTIUN MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS $ 72.421.209

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	72.421.209-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	72.421.209

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: SETENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOSVEINTIUN MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS $ 72.421.209

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900192039

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		30	1	2025		29	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-1527-2024 VF ORD. 017/2024	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	8001743755

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 4 5 00	HFOMEQUE@CUNDINAMARCA.GOV.CO	3115419973

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 FOMEQUE".
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	$72.421.209
PAGO N°	2	DE	5	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°		473100086346			Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$410.384.156	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	$72.421.209
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$142.533.512
	TOTAL	$410.384.156	SALDO POR EJECUTAR	$267.850.644

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
30	1	2025	4600027394

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
11	4	2025	JOSE EDISON LOZADA QUINTERO

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												
	NO			21	5	2025	2		26	2	2025	17	3	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	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	DIRECTOR OPERATIVO /DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:			

143 498

86/184163

22