DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 18 HOSPITALES 10500 37210 ORDINARIO MAYO 9 DE 2025 |
| **Fecha Pago** | 09/05/2025 |
| **Hora Pago** | 12:59 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 8600354471 | **Referencia** | 3100000000037210 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXX6978 | **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 2.421.819,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300139812

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 08.05.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA-462357 | Fecha Impresión de Factura: | 08.05.2025 |
| Centro Gestor: | 1197.B | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA OTROS GASTOS EN |
| Fondo: | 3-7210 | Nombre del Fondo: | Salud Participación Licores Otros |
| Verificado por: | ESAFANADORP | Documento RPC: | 4600027437 |
| NIT del Tercero: | 8600354471 | Código del Tercero: | 2400000214 |
| Nombre del Tercero: | HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 5 SS-CDCTI-1526-2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES CUATROCIENTOSVEINTIUN MIL OCHOCIENTOS DIECINUEVE PESOS $ 2.421.819

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 2.421.819- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 2.421.819 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES CUATROCIENTOSVEINTIUN MIL OCHOCIENTOS DIECINUEVE PESOS $ 2.421.819

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 4 | 2025 | | 30 | 1 | 2025 | | 29 | 6 | 2025 |

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

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIONAL | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|
| SS-CDCTI-1526-2024 | X | 3152708838 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860035447-1 |
| **TELÉFONO FIJO** | **NÚMERO CELULAR** | | **DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| 3234368780 | 3152708838 | | Calle 6 N° 6-24 Guatavita | hguatavita@cundinamarca.gov.co |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | | | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO |

| | |
|---|---|
| OBJETO | **EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA.** |
| CLAUSULA 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 supervisor. 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 conformidad 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 obligaciones 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 | $ 2.421.819 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 1 DE 5 | BANCO | BANCO COLOMBIA | | |
| CUENTA N° | | 336-762969-78 | | AHORROS | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $ 346.406.752,00 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | |
| | | VALOR ANTICIPADO | $ - |
| | | VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| DISPOSICIÓN DEPARTAMENTO | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| | | SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| | | VALOR BRUTO A PAGAR | $ 2.421.819 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 64.891.314 |
| TOTAL | $ 346.406.752 | SALDO POR EJECUTAR | $ 281.515.438 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 28 | 01 | 2025 | 4600027437 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 3 | 4 | 2025 | JASON GONZALEZ GARZON |

| 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 | | | 9 | 4 | 2025 | 1 | | 28 | 1 | 2025 | 12 | 2 | 2025 |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | | Terminación Anticipada | | Supervisión | | | No Aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES (si se requiere) | El contratista (Empresa Social del Estado) presenta material documentado que evidencia la ejecución de las intervenciones colectivas descritas en el informe de contratista, el cual ha sido verificado y avalado por el equipo de apoyo a la supervisión. |
|---|---|

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA: | SUBDIRECTOR TECNICO | CARGO Y DEPENDENCIA: | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO Y DEPENDENCIA: | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

4242

55. CD CTI - 1526 - 2024

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 18 HOSPITALES 10500 37210 ORDINARIO MAYO 9 DE 2025 |
| **Fecha Pago** | 09/05/2025 |
| **Hora Pago** | 12:59 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 8600354471 | **Referencia** | 3100000000010500 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX6978 | **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 3.632.729,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300139810

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 08.05.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA-462357 | Fecha Impresión de Factura: | 08.05.2025 |
| 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: | 4600027437 |
| NIT del Tercero: | 8600354471 | Código del Tercero: | 2400000214 |
| Nombre del Tercero: | HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 5 SS-CDCTI-1526-2024

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS $ 3.632.729

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 3.632.729- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 3.632.729 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS $ 3.632.729

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 4 | 2025 | | 30 | 1 | 2025 | | 29 | 6 | 2025 |

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

| CONTRATO Nº | PRINCIPAL | ADICIONAL | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|
| SS-CDCTI-1526-2024 | X | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860035447-1 |
| **TELÉFONO FIJO** | **NÚMERO CELULAR** | | **DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| 3234368780 | 3152708838 | | Calle 6 N° 6-24 Guatavita | hguatavita@cundinamarca.gov.co |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | | | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO |

| | |
|---|---|
| OBJETO | EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA. |
| CLAUSULA 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 supervisor. 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 conformidad 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 obligaciones 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 | $ 3.632.729 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO Nº | 1 DE 5 | BANCO | BANCO COLOMBIA | | |
| CUENTA Nº | | 336-762969-78 | | AHORROS | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $ 346.406.752,00 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | |
| | | VALOR ANTICIPADO | $ - |
| | | VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| DEPARTAMENTO (DISTRITO) | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| | | SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| | | VALOR BRUTO A PAGAR | $ 3.632.729 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 62.469.495 |
| TOTAL | $ 346.406.752 | SALDO POR EJECUTAR | $ 283.937.257 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DIA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 28 | 01 | 2025 | 4600027437 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DIA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 3 | 4 | 2025 | JASON GONZALEZ GARZON |

| 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 | | | 9 | 4 | 2025 | 1 | | 28 | 1 | 2025 | 12 | 2 | 2025 |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | Terminación Anticipada | | Supervisión | | No Aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES (si se requiere) | El contratista (Empresa Social del Estado) presenta material documentado que evidencia la ejecución de las intervenciones colectivas descritas en el informe de contratista, el cual ha sido verificado y avalado por el equipo de apoyo a la supervisión. | | | | | | | | | |

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA: | SUBDIRECTOR TECNICO | CARGO Y DEPENDENCIA: | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO Y DEPENDENCIA: | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

SS - CDCTI - 1526 - 2024

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 9 HOSPITALES 33700 SALUD PUBLICA MAYO 9 DE 2025 |
| **Fecha Pago** | 09/05/2025 |
| **Hora Pago** | 12:59 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 8600354471 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXX6978 | **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 58.836.766,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO
TESORERIA

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300139809

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 08.05.2025 |
| Referencia Del Documento: | FRA-462357 | Fecha Impresión de Factura: | 08.05.2025 |
| 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: | 4600027437 |
| NIT del Tercero: | 8600354471 | Código del Tercero: | 2400000214 |
| Nombre del Tercero: | HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 5 SS-CDCTI-1526-2024

VALOR BRUTO FACTURA: CINCUENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS $ 58.836.766

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010000 | 31 | Bnes.-Svcs | XACREEDOR/DEUDOR | 58.836.766- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 58.836.766 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CINCUENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS $ 58.836.766

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

| Gobernación 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 4 | 2025 | | 30 | 1 | 2025 | | 29 | 6 | 2025 |

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

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIONAL | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|
| SS-CDCTI-1526-2024 | X | | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA | 860035447-1 |
| TELÉFONO FIJO | NÚMERO CELULAR | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CORREO ELECTRÓNICO |
| 3234368780 | 3152708838 | | Calle 6 N° 6-24 Guatavita | hguatavita@cundinamarca.gov.co |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | | | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO |

| | |
|---|---|
| OBJETO | EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA. |
| CLAUSULA 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 supervisor. 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 conformidad 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 obligaciones 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<br>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 - 3700 | NOMBRE DEL FONDO | SGP salud pública | VALOR DEL PAGO | $ 58.836.766 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 1 DE 5 | BANCO | BANCO COLOMBIA | | |
| CUENTA N° | 336-762969-78 | AHORROS | | | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $ 346.406.752,00 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | |
| | | VALOR ANTICIPADO | $ - |
| | | VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| ADICIÓN DEPARTAMENTO | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| | | SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| | | VALOR BRUTO A PAGAR | $ 58.836.766 |
| | | VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 58.836.766 |
| TOTAL | $ 346.406.752 | SALDO POR EJECUTAR | $ 287.569.986 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DIA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 28 | 01 | 2025 | 4600027437 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DIA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 3 | 4 | 2025 | JASON GONZALEZ GARZON |

| 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 | | | 9 | 4 | 2025 | 1 | | 28 | 1 | 2025 | 12 | 2 | 2025 |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | | Terminación Anticipada | | Supervisión | | | No Aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES (si se requiere) | El contratista (Empresa Social del Estado) presenta material documentado que evidencia la ejecución de las intervenciones colectivas descritas en el informe de contratista, el cual ha sido verificado y avalado por el equipo de apoyo a la supervisión. |
|---|---|

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA: | SUBDIRECTOR TECNICO | CARGO Y DEPENDENCIA: | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO Y DEPENDENCIA: | SECRETARIA DE SALUD |