RPC 1	CONTRATO	ESE	PRIORIDAD	CDP	META	FONDO	DURACIÓN (MESES)	TOTAL PRIORIDAD	PAGO 1	PAGO 2	PAGO 3	PAGO 4
4600027394	SS-CDCTI-1527-2024	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE	BUCAL	7100059941	6/103/FC	3-3700	5	7.737.471	1.236.811	1.448.424	1.385.752	1.297.10
			APS		6/103/FC	3-3700	5	54.673.261	9.276.072	10.863.183	10.934.651	9.728.30
			DERECHOS SEXU		6/103/FC	3-3700	5	60.074.891	9.894.476	11.587.393	12.015.887	10.376.86
			MODOS Y ESTILO		6/103/FC	3-3700	5	47.884.725	8.039.262	9.414.757	9.395.740	8.431.19
			SALUD MENTAL		6/103/FC	3-3700	5	62.483.727	10.512.881	12.311.606	11.778.880	11.025.41
			NUTRICIÓN		6/103/FC	3-3700	5	29.489.984	4.947.238	5.793.697	5.543.008	5.188.43
			CRONICAAS		6/103/FC	3-3700	5	15.511.440	2.473.619	2.896.848	2.771.501	2.594.21
			AIEPI		6/103/FC	3-3700	5	28.431.555	4.947.238	5.793.697	5.543.002	5.188.43
			LABORAL		6/103/FC	3-3700	5	7.737.471	1.236.810	1.448.424	1.385.751	1.297.10
			DISCAPACIDAD		6/103/FC	3-3700	5	15.182.962	2.473.619	2.896.848	2.771.501	2.594.21
			DIFERENCIAL		6/103/FC	3-3700	5	10.073.312	1.855.214	2.172.636	1.953.646	1.995.24
			MATERNIDAD		6/103/FC	3-3700	5	12.847.122	2.473.619	2.896.848	1.904.109	2.569.42
			PAI		6/103/FC	3-3700	5	12.847.122	2.473.619	2.896.848	1.904.109	2.569.42
			CORRESPONSAL		6/103/FC	1-0500	5	27.245.469	5.449.094	5.449.094	5.449.094	5.449.09
			CORRESPONSAL		6/103/FC	3-7210	5	18.163.644	2.822.731	2.822.731	5.252.725	3.632.72

NUMERO DE PAGO
5

TOTAL PROGRAMADO POR FONDO		
1-0500	3-7210	3-3700
$ 5.449.093	$ 3.632.728	$ 50.348.176
PAGOS POR FONDO		
$ 5.449.093	$ 3.632.728	$ 50.348.176
TOTAL PAGO		
$ 59.429.997		

19/08/2025

RESOLUCION DE FACTURACION ELECTRONICA # 18764079963897 20/09/2024

FACTURA DE VENTA No. FO1062323

DIRECCION: CALLE 4 No. 5 -00
TELEFONO: 601 2411420

FECHA DE LA CUENTA
DIA: 19 MES: AGOSTO AÑO: 2025

CLIENTE: SECRETARIA DE SALUD DE CUND.
NIT: 899.999.114
BOGOTA D.C.

NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA
ACTIVIDAD ECONOMICA 8512
NO SOMOS AUTORRETENEDORES
SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. SS-CDCTI-1527 DE 2024
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 7100059941 DE ENERO 03 DE 2025
VIGENCIA ENERO 30 A JUNIO 29 DE 2025
PRIMERA PRORROGA HASTA EL 29 DE JULIO DE 2025
SEGUNDA PRORROGA Y ADICION N° 1 HASTA EL 14 DE OCTUBRE DE 2025
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICION N° 7100067136 DE JULIO 18 DE 2025
SALDO CONTRATO $ 250.866.478.oo

DESCRIPCION	VALOR
EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE QUINTO PAGO LA SUMA DE	$ 59,429,997.00 ✓

SON: CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.

FIRMA AUTORIZADA	ENTIDAD QUE RECIBE:
ANA LUCIA RAMIREZ GERENTE	

Proyectó: Gloria Cruz Cárdenas

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. FO1062323

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FECHA EXPEDICIÓN: 19/08/2025 15:11:00

FECHA GENERACIÓN: 19/08/2025 15:12:00

FECHA VENCIMIENTO: 17/11/2025

Empresa Responsable Cuenta: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA **Nit:** 899999114-0

Contrato: PIC DEPARTAMENTAL **Autorización:** **F. Autorización:**

Paciente: CUNDINAMARCA USUARIOS SECRETARIA DE SALUD **Tipo / No. Documento:** NI 899999114

Dirección: CALLE 26 # 51-53 BOGOTA **Telefono:** 7491714 **Edad:** 40 A 7 M 18 D 0 H

Estrato: No Aplica **T. Usuario:** No afiliado **Carnet:**

Ingreso: 19/08/2025 15:11:00 **Egreso:** 19/08/2025 15:11:00 **Dx Egreso:**

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
		SERVICIOS PRESTADOS EN : CONSULTA EXTERNA			
Ninguno					
CONT1527-2024	CONT1527-2024	Ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas Departamentales en el marco de la estrategia de Atencion Primaria en Salud, de acuerdo al Contrato Interadministrativo SS-CDCTI-1527-2024	59,429,997.00	1.00	59,429,997.00

Vr. Descuento: 0.00

Vr. Total Servicios Prestado: 59,429,997.00

Copago a realizar por el paciente: 0.00

Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable: 59,429,997.00

Vr Empresa: CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Vr Paciente: CERO PESOS M/CTE

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable | **Firma Cajero** | **Autorizada Por**

Usuario que Elabora: GLORIA CRUZ CARDENAS **Impreso por Sistemas Citisalud SAS Nit. 900366967-2**

CUFE: 7b3170503dcaea6db051ecc71f71f9cdbc150556cd148a4cdaa99cae9552597daf18a588ec4db6e34acc982f40802514

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 8
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 09diciembre/2024

FECHA: DÍA | MES | AÑO

Marcar sólo una opción 1. CREACIÓN ☐ 2. ACTUALIZACIÓN ☐

INFORMACIÓN GENERAL

TIPO DE TERCERO	
¿CUAL?	
No. CONTRATO	SS-CDCTI-1527 AÑO 2024
No. CONVENIO	AÑO

DATOS PERSONALES

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
IDENTIFICACIÓN NIT	NIT No. 800174375 D.V. 5
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	ANA LUCIA RAMIREZ
No. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No. 20700177 D.V. 1
DIRECCIÓN	Calle 4 No 6-00
CIUDAD Y DEPARTAMENTO	Cundinamarca-Fomeque
No. TELEFONO	601 Cundinamarca - Bogo 2411420 No. CELULAR 3212226297 Indicativo
CORREO ELECTRONICO	

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

ENTIDAD BANCARIA	Banco Davivienda S.A. Cód. 1051
Si selecciona "Otra Entidad", por favor especifique: ¿Cuál?	
No. CUENTA BANCARIA	473100096346 TIPO DE CUENTA Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual.
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

TIPO DE PERSONA	Jurídica
CONTRIBUYENTE CONSTRUCTOR	No aplica No
La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica.	
EL NATURALEZA	Pública ¿CUAL?
EL RÉGIMEN TRIBUTARIO	No responsable de IVA
EL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE ☐ No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR RENTA ☐ No. RESOLUCIÓN
	AUTORRETENEDOR IVA ☐ No. RESOLUCIÓN AUTORRETENEDOR ICA ☐ No. RESOLUCIÓN
	ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐ ¿CUAL?
ACTIVIDAD ECONOMICA	PRINCIPAL 8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS CON INTERNACION
	SECUNDARIA
EL TAMAÑO EMPRESA	PRINCIPAL
	SECUNDARIA

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar oportunamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad	Si
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

ANA LUCIA RAMIREZ
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

20.700.177
No DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

EL RAMO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
EL CUENTA CONTABLE	Otra cuenta ¿CUAL? 2480040000
EL CONCEPTO	K001 K-Nacional K-Asredores bys nacionales
EL VALIDADO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

RETENCIÓN	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
RETENCIÓN	TARIFA 1
	TARIFA 2
	TARIFA 3
EL RETENCION RENTA	RR0 Retenc aplicada a compras 25%
	RR7 Retenc aplicada a servicios 11%
EL CONTRIBUYENTE	TARIFA 1
EL CONTRIBUYENTE	
EL TARIFA	DRD1 Pro Deporte y Recreación 2.0%

FECHA: DÍA 15 | MES 05 | AÑO 2025

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO FUENTES

REVISADO POR:

DAVIVIENDA

CERTIFICACIÓN

BOGOTÁ D.C., **11/08/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que la empresa **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** identificada con NIT **8001743755** , posee en el Banco Davivienda:

Cuenta de AHORROS Nº **473100086346** denominada convenio PIC DEPARTAMENTAL, la cual se encuentra **ACTIVA** desde 03/01/2025 en la oficina GOBERNACIÓN.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 11 días del mes de Agosto de 2025.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el número de teléfono 601-3300000 Ext 2082026, o en nuestra sucursal Gobernación ubicada en la Calle 26 51 53.

Cordialmente,

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA

Firma