601 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSP UBAT VILL ANOLAI SANJUANRIOS 33700 OCT 29 2025SP73454707
Fecha Pago	29/10/2025
Hora Pago	12:08

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600239991	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4358	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 26.656.945,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163377

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	28.10.2025
Referencia Del Documento:	FRA-36104	Fecha Impresión de Factura:	28.10.2025
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:	4600030798
NIT del Tercero:	8600239991	Código del Tercero:	2400000223
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS-CD-CI-601-2025

VALOR BRUTO FACTURA: VEINTISEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS $ 26.656.945

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	26.656.945-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	26.656.945

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: VEINTISEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS $ 26.656.945

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-FR-033
		VERSIÓN: 06
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 04/09/2025

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
	24	9	2025		2	5	2025		31	12	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-CD-CI-601-2025	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO	8600239991

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 4 1 50 SAN JUAN DE RIOSECO	HOSPITALESJR@SSANVICENTEDEPAUL.GOV.C	3138301266

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

OBJETO	APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV (ARBOVIROSIS – LEISHMANIA) Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS ESTABLECIDOS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL MEDIANTE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIO SECO.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/CTE $239.912.505) La forma de pago por la cual se cancelará la totalidad del contrato para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, será así: a. Nueve (9) pagos, a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscriba, se cancelarán previa presentación del informe de actividades de acuerdo a la Tabla 3. ACCIONES PARA LA VIGILANCIA DE LAS ARBOVIROSIS (DENGUE, CHIKUNGUYA, ZIKA) Y LEISHMANIANSIS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, cronograma de actividades, cuenta de cobro con los soportes de las actividades ejecutadas e informe de aprobación por parte del supervisor. Cada pago se realizará previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato, presentación del informe de ejecución y entrega de productos mensuales al supervisor, según el cumplimiento de las actividades programadas y costeadas dentro del presente estudio, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva cuenta de cobro del contratista. Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo Plan Anualizado Mensualizado de Caja (PAC). b. El último pago estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. c. El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	$26.656.945
PAGO N°	4	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			478400044358		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$239.912.505	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	$26.656.945
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$106.291.571
TOTAL	$239.912.505	SALDO POR EJECUTAR	$133.620.934

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
29	4	2025	4600030798	1	8	2025	NUBIA FORERO MARTINEZ

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		24	9	2025	4		2	7	2025	1	8	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:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/204163