1540 - 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 7 HOSP GUAD TAB MADR CHOC NIM NEMOC 33700 10600 SALUD PUB NOV7 2025
Fecha Pago	10/11/2025
Hora Pago	08:44

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5821	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 633.924,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300164568

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	07.11.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN780558	Fecha Impresión de Factura:	07.11.2025
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 7 DE 8 SS CDCTI 1540 2024 VF

VALOR BRUTO FACTURA: SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS $ 633.924

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	633.924-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	633.924

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS $ 633.924

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900216993

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

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
	30	10	2025		28	1	2025		12	10	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 requesto 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)." CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: La secretaria de Salud de Cundinamarca realizara el pago del valor de la adición, conforme a los siguientes términos: Se realizarán tres (3) pagos de conformidad con las entregas realizadas a partir de la firma de la presente adición, prorroga y modificación que para tales efectos se suscriba, las cuales deben contar con las evidencias detalladas en las tablas descritas en la cláusula tercera denominada condiciones técnicas exigidas al Hospital, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas por entrega; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución por entrega de las evidencias al supervisor, 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 al cumplimiento de la totalidad de entregas requeridas, las cuales deben ser aprobadas por el supervisor y a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. 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 Hospital pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	$633.924
PAGO N°	7 DE 8	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	$81.817.784	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	$633.924
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$199.548.566
TOTAL	$248.885.254	SALDO POR EJECUTAR	$49.336.688

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
6	10	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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
SI	X			30	10	2025	7		30	8	2025	30	9	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:	

8/205484

1540 . 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSPITALES 37210 10600 NIM NEM CAR FUNZ ORD NOV 7 2025
Fecha Pago	10/11/2025
Hora Pago	08:44

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5821	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 100.000,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERÍA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300164570

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	07.11.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN.780558	Fecha Impresión de Factura:	07.11.2025
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 7 DE 8 SS CDCTI 1540 2024 VF

VALOR BRUTO FACTURA: CIEN MIL PESOS $ 100.000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	100.000-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	100.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIEN MIL PESOS $ 100.000

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900216983

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

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
	30	10	2025		28	1	2025		12	10	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)." CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: La secretaria de Salud de Cundinamarca realizara el pago del valor de la adición, conforme a los siguientes términos: Se realizarán tres (3) pagos de conformidad con las entregas realizadas a partir de la firma de la presente adición, prorroga y modificación que para tales efectos se suscriba, las cuales deben contar con las evidencias detalladas en las tablas descritas en la cláusula tercera denominada condiciones técnicas exigidas al Hospital, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas por entrega; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución por entrega de las evidencias al supervisor, 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 al cumplimiento de la totalidad de entregas requeridas, las cuales deben ser aprobadas por el supervisor y a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. 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 Hospital pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO	$100.000
PAGO N°	7a	DE	8	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	$81.817.784	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$100.000
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$199.648.566
	TOTAL	$248.885.254	SALDO POR EJECUTAR	$49.236.688

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	6	10	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			30	10	2025	7		30	8	2025	30	9	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:	

06/205-485

1540 - 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSPITALES 37210 10600 NIM NEM CAR FUNZ ORD NOV 7 2025
Fecha Pago	10/11/2025
Hora Pago	08:44

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600240265	**Referencia**	3100000000010600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5821	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 31.643.189,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300164571

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	07.11.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSVN-780558	Fecha Impresión de Factura:	07.11.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	1-0600	Nombre del Fondo:	Recurso Ordinario
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4700010174
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 7 DE 8 SS CDCTI 1540 2024 VF

VALOR BRUTO FACTURA: TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS $ 31.643.189

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	31.643.189-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	429.713
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.513.638
004	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	29.699.838

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 CUARENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS $ 31.643.189

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
	30	10	2025		28	1	2025		12	10	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 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)." CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: La secretaria de Salud de Cundinamarca realizara el pago del valor de la adición, conforme a los siguientes términos: Se realizarán tres (3) pagos de conformidad con las entregas realizadas a partir de la firma de la presente adición, prorroga y modificación que para tales efectos se suscriba, las cuales deben contar con las evidencias detalladas en las tablas descritas en la cláusula tercera denominada condiciones técnicas exigidas al Hospital, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas por entrega; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución por entrega de las evidencias al supervisor, 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 al cumplimiento de la totalidad de entregas requeridas, las cuales deben ser aprobadas por el supervisor y a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. 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 Hospital pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de confor midad con la Ley colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0600	NOMBRE DEL FONDO	Recurso Ordinario	VALOR DEL PAGO	$31.643.189
PAGO N°	7b	DE	8	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	$81.817.784	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$31.643.189
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$231.291.755
TOTAL		$248.885.254	SALDO POR EJECUTAR	$17.593.499

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
31	7	2025	4700010174

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
6	10	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			30	10	2025	7		30	8	2025	30	9	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:	

06/205486