DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 HOSP 37210 42825 10600 42830 47210 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	17:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600239991	**Referencia**	3100000000047210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5587	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 83.062.790,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

1098-2025

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174327

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	15.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA SJFE:38811	Fecha Impresión de Factura:	15.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	4-7210	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licor Otro Dto exce
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600032470
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 1 DE 1 SS CD CVI 1098 2025

VALOR BRUTO FACTURA: OCHENTA Y TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS $ 83.062.790

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	83.062.790-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	83.062.790

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: OCHENTA Y TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS $ 83.062.790

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2400024505

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
	12	12	2025		4	12	2025		3	6	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-1098-2025	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	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - PUESTO DE SALUD DE BELTRÁN , PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEPTIMA- FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca– Secretaria de Salud, desembolsará la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/L ($268.796.153) los cuáles serán girados a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025. PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados. PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E. solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca. conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licor Otro Dto exce	VALOR DEL PAGO	$83.062.790
PAGO N°	1D	DE	1	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			478400045587		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$268.796.153	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	$83.062.790
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$268.796.153
TOTAL	$268.796.153	SALDO POR EJECUTAR	$0

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
7	11	2025	4600032470	5	12	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			12	12	2025	1		4	12	2025	12	12	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:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

$5/216108

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 HOSP 37210 42825 10600 42830 47210 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	17:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600239991	**Referencia**	3100000000047110
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5587	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 74.216.509,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

1098-2025

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174325

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	15.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA SJFE-38811	Fecha Impresión de Factura:	15.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	4-7110	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licorera Cund
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600032470
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 1 DE 1 SS CD CVI 1098 2025

VALOR BRUTO FACTURA: SETENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS $ 74.216.509

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	74.216.509-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	74.216.509

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: SETENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS $ 74.216.509

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
	12	12	2025		4	12	2025		3	6	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-1098-2025	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	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - PUESTO DE SALUD DE BELTRÁN , PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEPTIMA- FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca– Secretaria de Salud, desembolsará la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/L ($268.796.153) los cuáles serán girados a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025. PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados. PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E. solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca. conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaria de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-7110	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licorera Cund excede	VALOR DEL PAGO	$74.216.509
PAGO N°	1C	DE	1	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			478400045587		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$268.796.153	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	$74.216.509
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$185.733.363
TOTAL		$268.796.153	SALDO POR EJECUTAR	$83.062.790

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
7	11	2025	4600032470

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
5	12	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			12	12	2025	1		4	12	2025	12	12	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:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

$6/216107.0

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 HOSP 37210 42825 10600 42830 47210 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	17:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600239991	**Referencia**	3100000000042850
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5587	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 10.241.908,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

1098-2025

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174321

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	15.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA SJFE.38811	Fecha Impresión de Factura:	15.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	4-2850	Nombre del Fondo:	Loterias foráneas excedentes
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600032470
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 1 DE 1 SS CD CVI 1098 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS $ 10.241.908

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	10.241.908
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	10.241.908

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS $ 10.241.908

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
	12	12	2025		4	12	2025		3	6	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-1098-2025	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	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - PUESTO DE SALUD DE BELTRÁN , PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEPTIMA- FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca– Secretaría de Salud, desembolsará la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/L ($268.796.153) los cuales serán girados a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025. PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados. PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E, solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca. conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-2850	NOMBRE DEL FONDO	Loterias foráneas excedentes	VALOR DEL PAGO	$10.241.908
PAGO N°	1B	DE	1	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			478400045587		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$268.796.153	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	$10.241.908
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$111.516.854
TOTAL	$268.796.153	SALDO POR EJECUTAR	$157.279.299

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
7	11	2025	4600032470

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
5	12	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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
SI	X			12	12	2025	1		4	12	2025	12	12	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:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

16/216105

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 HOSP 37210 42825 10600 42830 47210 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	17:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600239991	**Referencia**	3100000000042825
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5587	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 101.274.946,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

1098-2025

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174320

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	15.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA SJFE 38811	Fecha Impresión de Factura:	15.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	4-2825	Nombre del Fondo:	Licores extranjeros excedente
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600032470
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 1 DE 1 SS CD CVI 1098 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO UN MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS $ 101.274.946

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	101.274.946-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	101.274.946

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO UN MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS $ 101.274.946

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
	12	12	2025		4	12	2025		3	6	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-CVI-1098-2025	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	AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - PUESTO DE SALUD DE BELTRÁN , PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, MOBILIARIO HOSPITALARIO ASISTENCIAL E INSTRUMENTAL, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEPTIMA- FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca– Secretaría de Salud, desembolsará la suma de DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/L ($268.796.153) los cuáles serán girados a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO en un (1) único desembolso correspondiente al 100% del valor del convenio, con cargo a la vigencia fiscal 2025. PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal y presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria de ahorros para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgos, en todo caso los giros se realizarán de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC. PARÁGRAFO SEGUNDO: Una vez girados los recursos del convenio por parte del Departamento deben ser incorporados al presupuesto de la respectiva E.S.E., los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente para que se pueda realizar el pago correspondiente a los bienes contratados. PARÁGRAFO TERCERO: El valor desembolsado a la E.S.E, solo podrá ser destinado específicamente para el proyecto presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, conforme a la solicitud efectuada por el representante legal. PARÁGRAFO CUARTO: Los rendimientos financieros generados en la cuenta para el manejo de los recursos del presente convenio interadministrativo serán de propiedad de la Secretaría de Salud, y la ESE se obliga al giro de los rendimientos financieros certificados por la entidad bancaria, con una periodicidad de dos meses o a solicitud del supervisor.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-2825	NOMBRE DEL FONDO	Licores extranjeros excedente	VALOR DEL PAGO	$101.274.946
PAGO N°	1A	DE	1	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			478400045587		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$268.796.153	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	$101.274.946
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$101.274.946
TOTAL		$268.796.153	SALDO POR EJECUTAR	$167.521.207

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
7	11	2025	4600032470	5	12	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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
SI	X			12	12	2025	1		4	12	2025	12	12	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:	JAIME ORLANDO AVILA PACHECO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

8/216104