1110 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 36 HOSP 119701 43700 33700 10600 24 DIC 2025
Fecha Pago	24/12/2025
Hora Pago	10:26

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8080035006	**Referencia**	3100000000043700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4602	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 75.749.740,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300177580

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	23.12.2025
Referencia Del Documento:	HISF-311545	Fecha Impresión de Factura:	23.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	4-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública excedente
Verificado por:	JELABRADOR	Documento RPC:	4600032648
NIT del Tercero:	8080035006	Código del Tercero:	2200001329
Nombre del Tercero:	HOSPITAL ISMAEL SILVA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1/2 SS-CD-CI-1110-2025

VALOR BRUTO FACTURA: SETENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS $ 75.749.740

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	75.749.740-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	74.675.590
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	1.074.150

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: SETENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS $ 75.749.740

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
	11	12	2025		21	11	2025		30	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-1110-2025	X				HOSPITAL ISMAEL SILVA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.	8080035006

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 9 9 25	hospitalismaelsilva@yahoo.es	601863116

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

OBJETO	"EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA EN PERROS Y GATOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRAL DE LAS ETV - ZOONOSIS CON EL FIN DE PROMOVER LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA CON EL HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA E.S.E".
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará a EL HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E, la suma de CIENTO CUARENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA PESOS ($149.351.180) M/CTE. El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD, Realizará (2) pagos, previa presentación del informe de actividades de acuerdo con el cronograma del anexo 1, 2 y 3. Cuenta de cobro con los soportes de las actividades ejecutadas e informe de aprobación por parte del supervisor. El pago será correspondiente a los datos que reposen en el aplicativo SURVEY 123 por cada municipio. Parágrafo 1: 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 ejecutados 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). Parágrafo 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. CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará a EL HOSPITAL ISMAEL SILVA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E. S. E, la suma de CIENTO CUARENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA PESOS ($149.351.180) M/CTE. El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD, Realizará (2) pagos, previa presentación del informe de actividades de acuerdo con el cronograma del anexo 1, 2 y 3. Cuenta de cobro con los soportes de las actividades ejecutadas e informe de aprobación por parte del supervisor. El pago será correspondiente a los datos que reposen en el aplicativo SURVEY 123 por cada municipio. Parágrafo 1: 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 ejecutados 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). Parágrafo 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.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública excedente	VALOR DEL PAGO	$75.749.740
PAGO N°	1	DE	2	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°	26447884602				Corriente

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$149.351.180	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	$75.749.740
			VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$75.749.740
	TOTAL	$149.351.180	SALDO POR EJECUTAR	$73.601.440

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
19	11	2025	4600032648

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
1	12	2025	HUMBERTO VELASQUEZ MORENO

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	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
	NO			11	12	2025	1		21	11	2025	9	12	2025

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:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO (DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

#3300177580

82/218 86C