1181 · 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 14 HOSP 32830 47210 42830 42815 42825 19 DIC 2025
Fecha Pago	19/12/2025
Hora Pago	20:16

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8999991656	**Referencia**	3100000000047110
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX2202	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 335.991.433,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300176447

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	18.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA HSJP622252	Fecha Impresión de Factura:	18.12.2025
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:	4600032587
NIT del Tercero:	8999991656	Código del Tercero:	2400000720
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS CD CVI 1181 2025

VALOR BRUTO FACTURA: TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOSTREINTA Y TRES PESOS $ 335.991.433

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	335.991.433-
002	1986050080	81	E.S.E Hospital San J	2330102005	335.991.433

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOSTREINTA Y TRES PESOS $ 335.991.433

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		28	11	2025		27	5	2027

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-CD-CVI-1181-2025	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	8999991656

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 5 1 08	contactenos@esehospital-lapalma.gov	3213866215

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

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E. S. E. SAN JOSÉ DE LA PALMA, PARA EJECUTAR LA CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD GUADUALITO DEL MUNICIPIO DE YACOPÍ, ADSCRITO A LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, CUNDINAMARCA, 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 CUNDINAMARQUESA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA OCTAVA - FORMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, desembolsará la suma de MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS ($1.599.959.207,00) los cuales serán girados a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, en DOS (2) desembolsos que corresponde al 100% del valor del convenio por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca con cargo a la vigencia fiscal 2025, el cual 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 para el pago de los recursos con destinación específica; acreditando que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, seguridad social y riesgos laborales; y la presentación de la respectiva cuenta de cobro. El valor del convenio a suscribir es por MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS MCTE. ($1.599.959.207,00),) el cual será girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, de la siguiente manera: 1. Un (1) primer desembolso que corresponde al 21% del valor del convenio por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca con cargo a la vigencia fiscal 2025. 2. Un (2) segundo desembolso que corresponde al 79% del valor del convenio por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca con cargo a la vigencia fiscal 2026. PARÁGRAFO PRIMERO: El giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal, presentación por parte de la E.S.E. de la certificación de apertura de la cuenta bancaria para el desembolso de los recursos con destinación específica, acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales, seguridad social y riesgo. En todo caso el giro se realizará 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. Es de resaltar que los recursos se giran en su totalidad, dado que el proceso de contratación debe estar respaldado presupuestalmente y los recursos disponibles en la E.S.E. para que se puedan 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 de infraestructura presentado por la E.S.E. y viabilizado por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, conforme a la solicitud efectuada por el representante legal.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-7110	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licorera Cund excede	VALOR DEL PAGO	$335.991.433
PAGO N°	1 DE 1	BANCO	Bancolombia		
CUENTA N°	34193902202		Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$335.991.433	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	$335.991.433
		VR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$335.991.433
TOTAL	$335.991.433	SALDO POR EJECUTAR	$0

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
11	11	2025	4600032587

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA I PERSONA QUE CERTIFICA
1	12	2025	JUAN CAMILO RAMÍREZ BOHÓRQUEZ

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	A Día	A Mes	A Año
SI	X			10	12	2025	1		28	11	2025	10	12	2025
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	NO APLICA

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	NELSON HERNAN LOPEZ ROMERO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHERRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	SUB DIRECTOR TECNICO DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARÍA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

86/218065