946- 2015

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 32 HOSP SALUD PUBLICA 33700 43700 10600 30 DIC 2025 |
| **Fecha Pago** | 30/12/2025 |
| **Hora Pago** | 18:22 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 8320014654 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX3640 | **Banco** | BOGOTA |
| **Valor** | $ 2.931.500,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300178482

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Clase Documento** | RE Factura LogisiticaMM | **Fecha de Contabilización:** | 30.12.2025 |
| **Referencia Del Documento:** | FRA HSAA153732 | **Fecha Impresión de Factura:** | 30.12.2025 |
| **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:** | 4600032285 |
| **NIT del Tercero:** | 8320014654 | **Código del Tercero:** | 2400000200 |
| **Nombre del Tercero:** | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA | | |

**Nombre del Alternativo:**

**Descripción:** PAGO 2 DE 9 SS CD CI 946 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS $ 2.931.500

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 2.931.500- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2330102005 | 2.931.500 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS $ 2.931.500

---

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



2900233943

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 19 | 12 | 2025 | | 24 | 10 | 2025 | | 28 | 6 | 2026 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | SECRETARÍA DE SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197.01 |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SS-CD-CI-946-2025 | X | | | | E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA | 8320014654 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 3 1 81 BRR SAN ANTONIO | GERENCIA.HANOLAIMA@HOTMAIL.COM | 3208662453 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO | DESARROLLAR ACCIONES QUE APOYEN LOS PROCESOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO, FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE QUE PUEDEN AFECTAR LA SALUD HUMANA DESDE LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA, EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA EN LOS MUNICIPIOS DE CATEGORÍA 4TA, 5TA Y 6TA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA A CARGO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA. |
| CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | CLÁUSULA SEXTA – FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, pagará a la E.S.E., la suma de TREINTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. ($38.876.200). La forma de pago por la cual se cancelará la totalidad del contrato para la E.S.E., será así: El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD realizará pagos parciales mensuales, previa presentación del informe mensual de actividades de acuerdo al cronograma del anexo técnico N° 1 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 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). Parágrafo 2: El Ultimo pago estará sujeto a la suscripción del acta de liquidación, de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. Parágrafo 3: El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley colombiana. Cabe resaltar que el plazo de ejecución de este contrato interadministrativo supera la vigencia 2025, para lo cual se debe tener en cuenta la ORDENANZA No. 040 de 2025, por la cual: "Se autoriza al Gobernador del Departamento de Cundinamarca para que se asuma obligaciones 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 en el Nivel Central y Descentralizado, con el fin de cumplir con la ejecución de Gastos de Inversión del Presupuesto General del Departamento, durante las vigencias fiscales 2026 y 2027, por la suma de TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. ($382.550.230.088)." |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 3-3700 | NOMBRE DEL FONDO | SGP salud pública | VALOR DEL PAGO | $2.931.500 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 2 | DE | 9 | BANCO | Banco de Bogota |
| CUENTA N° | | 124013640 | | | Corriente |

| | NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO | $11.410.300 | 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 | $2.931.500 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $4.667.850 |
| | TOTAL | $11.410.300 | SALDO POR EJECUTAR | $6.742.450 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 23 | 10 | 2025 | 4600032285 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 1 | 12 | 2025 | Leidy Johana Peña Rondon |

| 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 | PERÍODO A CERTIFICAR | Del | | | Al | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| SI | X | | | 19 | 12 | 2025 | 2 | | 1 | 11 | 2025 | 30 | 11 | 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 TIJANCA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/ DIRECTOR DAF SECRETARÍA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

76/220009