1065 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 4 HOSP REC ORD 119701 FOMEQUE, SESQUILE 10600 30 DIC 2025
Fecha Pago	30/12/2025
Hora Pago	11:29

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8001743755	**Referencia**	3100000000010600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8748	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 131.956.943,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300178074

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.12.2025
Referencia Del Documento:	FO-1076462	Fecha Impresión de Factura:	29.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	1-0600	Nombre del Fondo:	Recurso Ordinario
Verificado por:	JELABRADOR	Documento RPC:	4600032574
NIT del Tercero:	8001743755	Código del Tercero:	2400000224
Nombre del Tercero:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1/9 SS-CD-CI-1065-2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO TREINTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS $ 131.956.943

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	131.956.943-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	111.317.702
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	20.639.241

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO TREINTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS $ 131.956.943

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
	18	12	2025		14	11	2025		30	6	2026

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-CI-1065-2025	X				EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	8001743755

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 4 5 00	HFOMEQUE@CUNDINAMARCA.GOV.CO	3115419973

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

OBJETO	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 FOMEQUE.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS ($856.631.678). M/CTE. El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la totalidad del contrato en nueve (9) pagos de la siguiente manera: Para la vigencia 2025, se realizarán tres (3) pagos de conformidad con las entregas realizadas a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscriba. Para la vigencia 2026, se realizarán seis (6) pagos de conformidad con las entregas realizadas a partir del mes de enero de la misma vigencia. Parágrafo 1. Para cada uno de los pagos se deberá contar con la entrega de las evidencias descritas en las tablas del anexo técnico detallado, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutadas por entrega en el periodo establecido; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y entrega de las evidencias productos al supervisor, y teniendo en cuenta los productos y entregas definidos en el anexo técnico detallado, 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. Parágrafo 2. Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC). Parágrafo 3. El último pago estará sujeto al cumplimiento de las entregas requeridas de conformidad con las actividades realizadas, 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. Parágrafo 4. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de con formidad 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 obli gaciones que afectan el Prepuesto 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, 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	1-0600	NOMBRE DEL FONDO	Recurso Ordinario	VALOR DEL PAGO	$131.956.943
PAGO N°	1	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			473100088748		Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$332.825.544	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	$131.956.943
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$131.956.943
	TOTAL	$332.825.544	SALDO POR EJECUTAR	$200.868.601

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
11	11	2025	4600032574

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
11	12	2025	JOSE EDISON LOZADA QUINTERO

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		15	12	2025	1		14	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:	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:	