1186 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 2 HOSP 1197B 42830 37110 30 DIC 2025
Fecha Pago	30/12/2025
Hora Pago	20:36

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8001743755	**Referencia**	3100000000042830
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX8615	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 239.993.882,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300178417

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	30.12.2025
Referencia Del Documento:	FO-1077543	Fecha Impresión de Factura:	30.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	4-2830	Nombre del Fondo:	Cerveza nacional excedente
Verificado por:	JELABRADOR	Documento RPC:	4600032636
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 1/2 SS-CD-CVI-1186-2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS $ 239.993.882

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	239.993.882-
002	1986050078	81	E.S.E Hospital S.Vic	2330102005	239.993.882

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS $ 239.993.882

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
	29	12	2025		22	12	2025		21	6	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-1186-2025	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	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E. S. E. SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, "CONSTRUCCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE PUEBLO VIEJO DEL MUNICIPIO DE UBAQUE, ADSCRITO A LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, 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 valor del convenio a suscribir es por Mil quinientos noventa y nueve millones novecientos cincuenta y nueve mil doscientos siete pesos ($1 ,599,959,207.00) M. C/TE., el cual será girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE de la siguiente manera: 1. Un PRIMER DESEMBOLSO que se realizará en el año 2025, por un valor de DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS M/CTE ($ 239.993.882), 2. Un SEGUNDO DESEMBOLSO que se realizará en el año 2026, por un valor de DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($1. 356.965.325) M/CTE 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. PARÁGRAFO PRIMERO: El primer giro se efectuará previa expedición del registro presupuestal, presentación por parte de la ESE 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 al hospital, solo podrá ser utilizado conforme a la solicitud efectuada por el representante legal.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-2830	NOMBRE DEL FONDO	Cerveza nacional excedente	VALOR DEL PAGO	$239.993.882
PAGO N°	1	DE	2	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°		473100088607		Ahorros	

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$239.993.882	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	$239.993.882
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$239.993.882
	TOTAL	$239.993.882	SALDO POR EJECUTAR	$0

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
13	11	2025	4600032636

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
9	12	2025	JOSE EDISON LOZADA QUINTERO

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			29	12	2025	1		22	12	2025	29	12	2025

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 CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
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	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

#3300178417

56/219927