1192-2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 15 HOSP 1197B 37210 37110 10600 10500 47210 29 DIC 2025
Fecha Pago	29/12/2025
Hora Pago	20:24

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8906800314	**Referencia**	3100000000047210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX8300	**Banco**	BBVA
Valor	$ 449.998.538,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300178108

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.12.2025
Referencia Del Documento:	FGE-2032333	Fecha Impresión de Factura:	29.12.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	4-7210	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licor Otro Dto exce
Verificado por:	JELABRADOR	Documento RPC:	4600032804
NIT del Tercero:	8906800314	Código del Tercero:	2400000213
Nombre del Tercero:	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1/2 SS-CD-CVI-1192-2025

VALOR BRUTO FACTURA: CUATROCIENTOSCUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS $ 449.998.53

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	449.998.538-
002	1986050089	81	E.S.E Hospital San A	2330102005	449.998.538

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CUATROCIENTOSCUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS $ 449.998.538

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
	23	12	2025		16	12	2025		15	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-1192-2025	X				E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	8906800314

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 7 8 48	harbelaez@cundinamarca.gov.co	3204680310

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

OBJETO	ANUAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ, PARA EJECUTAR LA REPOSICION DEL CENTRO DE SALUD VENECIA DEL MUNICIPIO DE VENECIA , ADSCRITO A LA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ,CUNDINAMARCA,CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ,IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACION CUNDINAMARQUES ",
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 Dos mil novecientos noventa y nueve millones novecientos noventa mil doscientos cincuenta y un pesos ($2,999,990,251.00) M. C/TE., el cual será girado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ de la siguiente manera: Dos (2) únicos desembolsos que corresponden al 15% del valor total del convenio con cargo a la vigencia fiscal 2025 y un segundo desembolso corresponde al 85% del valor total del convenio por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca con cargo a la vigencia fiscal 2026; los cuales se efectuarán 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 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	4-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licor Otro Dto exce	VALOR DEL PAGO	$449.998.538
PAGO N°	1	DE	2	BANCO	Banco BBVA
CUENTA N°		001303780002000083			Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$449.998.538	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	$449.998.538
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$449.998.538
TOTAL	$449.998.538	SALDO POR EJECUTAR	$0

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
10	12	2025	4600032804

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
1	12	2025	HELMUT HERNÁNDEZ GÓMEZ

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			23	12	2025	1		16	12	2025	23	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:	

#3300178108

219601