



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 5 HOSP VIANI, GUADUAS, VILLETA, TABIO, FUSA 10500 30 ABRIL 2026
Fecha Pago	30/04/2026
Hora Pago	11:42

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8600159292	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2637	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 12.033.343,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogísticaMM
Referencia Del Documento: FRA HSV1840970
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 1-0500
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 8600159292
Nombre del Tercero: E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

Fecha de Contabilización: 29.04.2026
Fecha Impresión de Factura: 29.04.2026
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Ingreso Corriente de Libre Destinación
Documento RPC: 4700013741
Código del Tercero: 2400000212

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS CD CI 1050 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOCE MILLONES TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS \$ 12.033.343

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes -Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	12.033.343
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	12.033.343

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: DOCE MILLONES TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS \$ 12.033.343

Handwritten signature

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER300257 ST-CER006785 CO-BA-CER1011570

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

				GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA				CÓDIGO: E-GCCP-FR-033																															
				RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 08																															
								FECHA: 04/09/2025																															
<p>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.</p>																																							
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		4		2025				14		11		2025				15		7		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-1050-2025						X				E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLET				8600159292																									
DIRECCIÓN				CORREO				TELÉFONO																															
CRA 1 7 58				correspondencia@hospitalsalazardevilleta.gov.co				6018951127																															
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 SALAZAR DE VILLET																																			
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO				CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO. El Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Salud, pagará la suma de MIL ONCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS (\$1.011.357.552) 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 producidas 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 conformidad con la Ley colombiana. Cabe resaltar que el plazo de ejecución de este contrato interadministrativo supera la vigencia 2025, por 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 Presupuesto 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. "Autoriza 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)".																																			
				CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO. El Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Salud, pagará la suma de MIL ONCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS (\$1.011.357.552) 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 producidas 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 conformidad con la Ley colombiana. Cabe resaltar que el plazo de ejecución de este contrato interadministrativo supera la vigencia 2025, por 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 Presupuesto 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. "Autoriza 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		1-0500		NOMBRE DEL FONDO		Ingreso Corriente de Libre Destinación				VALOR DEL PAGO		\$12.033.343																											
PAGO N°		4 DE 9		BANCO		Bancolombia																																	
CUENTA N°				38500002637				Ahorros																															
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR																																	
DEPARTAMENTO		\$1.011.357.552		PORCENTAJE DEL ANTICIPO		0%																																	
				VALOR ANTICIPADO		\$0																																	
				VALOR DEL ANTICIPO		\$0																																	
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$0																																	
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$0																																	
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$0																																	
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$12.033.343																																	
				V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$473.836.988																																	
TOTAL		\$1.011.357.552		SALDO POR EJECUTAR		\$537.520.564																																	
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																																			
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>9</td><td>2</td><td>2026</td></tr></table>				DÍA	MES	AÑO	9	2	2026	<table><tr><td colspan="3">NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td colspan="3">4700013741</td></tr></table>				NÚMERO DE RPC			4700013741			<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>7</td><td>4</td><td>2026</td></tr></table>				DÍA	MES	AÑO	7	4	2026	<table><tr><td colspan="3">NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td colspan="3">PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ</td></tr></table>				NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA			PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ		
DÍA	MES	AÑO																																					
9	2	2026																																					
NÚMERO DE RPC																																							
4700013741																																							
DÍA	MES	AÑO																																					
7	4	2026																																					
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																																							
PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ																																							
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI X NO		FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día Mes Año		# INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		Del Día Mes Año		Al Día Mes Año																									
						21 4 2026		4				22 2 2026		17 3 2026																									
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 GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD																									
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																											

56/257-51



1050-2026

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago	
Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 7 PROVEEDORES Y HOSP 33700 37210 30 ABRIL 2026
Fecha Pago	30/04/2026
Hora Pago	11:42

Detalle Proceso de Pago			
Nit Destino	8600159292	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2637	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 94.740.146,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.04.2026
Referencia Del Documento:	FRA HSV.1840970	Fecha Impresión de Factura:	29.04.2026
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:	4700013741
NIT del Tercero:	8600159292	Código del Tercero:	2400000212
Nombre del Tercero:	E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETÁ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS CD CI 1050 2025

VALOR BRUTO FACTURA: NOVENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS \$ 94.740.146

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes -Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	94.740.146
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	94.740.146

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: NOVENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS \$ 94.740.146

Handwritten signature

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA

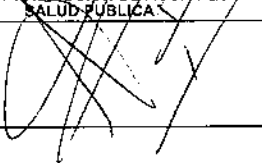
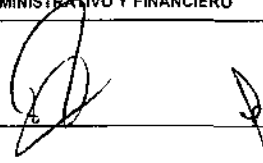
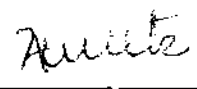


CO-BO-CEA000297 ST-CER555785 CO-SI-CER1017570

©CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

Handwritten number 2900145262

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

 Gobernación de Cundinamarca				GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA				CÓDIGO: E-GCCP-FR-033															
				RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 06															
								FECHA: 04/09/2025															
<p>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.</p>																							
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		4		2026				14		11		2025				15		7		2026	
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.01											
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIÓN		VIGENCIA FUTURA		PASIVO EXIGIBLE		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT									
SS-CD-CI-1050-2025						X				E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA				8600159292									
DIRECCIÓN				CORREO				TELÉFONO															
CRA 1 7 56				correspondencia@hospitalsalazardevilleta.gov.co				6018951127															
SÓLO 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 SALAZAR DE VILLETA.																					
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud, pagará la suma de MIL ONCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS (\$1.011.357.552), 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 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 Presupuesto 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 utilizará 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		3-3700		NOMBRE DEL FONDO		SGP salud pública		VALOR DEL PAGO		\$94.740.146													
PAGO N°		4a		DE		9		BANCO		Bancolombia													
CUENTA N°		38500002637		Ahorros																			
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR																	
DEPARTAMENTO		\$1.011.357.552		PORCENTAJE DEL ANTICIPO		0%																	
				VALOR ANTICIPADO		\$0																	
				VALOR DEL ANTICIPO		\$0																	
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$0																	
DEPARTAMENTO		\$0		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$0																	
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$0																	
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$94.740.146																	
				V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$568.577.134																	
TOTAL		\$1.011.357.552		SALDO POR EJECUTAR		\$442.780.418																	
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA										CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL													
DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE RPC			DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA		
9			2			2026			4700013741			7			4			2026			PEDRO ANIBAL MONTES JIMENEZ		
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		A			
		NO						21		4		2026		4				Día		Mes		Año	
																		22		2		2026	
																		17		3		2026	
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Casión		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 GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD									
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:											

10/05/2026