



1049. 2025

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	89999991584	Referencia	31000000000010600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2531	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 113.722.497,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 29.12.2025
Referencia Del Documento: HSA-915744 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: 4600032575
NIT del Tercero: 8999991584 Código del Tercero: 2400000193
Nombre del Tercero: E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2/9 SS-CD-CI-1049-2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO TRECE MILLONES SETECIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOSNOVENTA Y SIETE PESOS S 113.722.497

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	113.722.497
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	39.757.824
003	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	49.531.209
004	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	9.773.386
005	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	7.330.039
006	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	7.330.039

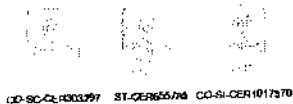
DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO TRECE MILLONES SETECIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOSNOVENTA Y SIETE PESOS S 113.722.497

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CundiGov CundiamarcaGov
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: 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			
		22		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-1049-2025		X								E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE						8999991534									
DIRECCIÓN										CORREO						TELÉFONO									
CL 5 B 85										GERENTE@HOSPITAL-SESQUILE-						3112305230									
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 ANTONIO DE SESQUILE.																							
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA SEPTIMA - FORMA DE PAGO: El Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, pagará la suma de CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$466.853.652). El Departamento de Cundinamarca – Secretaria 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 producidos 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		1-0600		NOMBRE DEL FONDO				Recurso Ordinario				VALOR DEL PAGO				\$113.722.497									
PAGO N°		2		DE		9		BANCO				Bancolombia													
CUENTA N°				336000025-31																		Ahorros			
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR				ANTICIPO				VALOR													
DEPARTAMENTO				\$189.537.496				PORCENTAJE DEL ANTICIPO				0%													
								VALOR ANTICIPADO				\$0													
								VALOR DEL ANTICIPO				\$0													
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$0													
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0													
DEPARTAMENTO				\$0				SALDO AMORTIZACIÓN				\$0													
								VALOR BRUTO A PAGAR				\$113.722.497													
								VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$189.537.496													
TOTAL				\$189.537.496				SALDO POR EJECUTAR				\$0													
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				
11			11			2025			4600032675			2			12			2025			JASON BERNARDO GONZALEZ				
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						22		12		2025		2				Día		Mes		Año			
																		1		12		2025			
																		31		12		2025			
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 DAF SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD											
FIRMA						FIRMA						FIRMA													