CLINICA GIRON E.S.E			
PROGRESA LA SALUD			
CLÍNICA GIRÓN... Progresa la Salud	FORMATO ORDEN DE PAGO	Código: GAG-FR-C-43	
		Versión: 04	Fecha de Aprobación: 27/05/2025

Fecha: 10-08-2026		**Hora:**		**Evidencias:**	**SI:**	**X**	NO:		**FOLIOS:**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		**CONSORCIO GIRON ESE 2025**					**C.C o NIT:**	**902.014.657-1**		
VALOR EN PESOS:	**$ 120.852.515,25**			**VALOR EN LETRAS:**	**CIENTO VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS**					
DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato	X	Convenio	-	Resolución		-	-	Fecha:	-
	Adicional	-	Otro	-			Numero Contrato	**CP SC 002-2025**	Fecha:	**4/12/2025**
OBJETO DEL CONTRATO:	**ADECUACIÓN MENOR DEL CENTRO DE SALUD PASS SAN JOSÉ DE MOTOSO DE LA CLÍNICA GIRON E.S.E DEL MUNICIPIO DE GIRON**									
DOCUMENTOS ANEXOS:	Pago Seguridad Social y Parafiscales:			X	Certificación Bancaria:		X	Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra		
	Entrada a Almacén:				Reembolso de Caja Menor:			Resolución:		
	Otros (Describir):									
CDP No.	**25-00496**	**RP No.**	**25-00578**	**Rubro Presupuestal:**	**2.3.2.01.01.001.02.01**			**Vigencia:**	**2026**	
CDP ADICIONAL		**RP ADICIONAL**								
Periodo a cobrar	**12-mar-26**		**23-may-26**	Acta:			x	Parcial:	x	**Cuenta No. 4**
				Informe de Supervisión:				Final:		
CONCEPTO:	Anticipo	-		Desembolso				Pago Anticipado		
	PAGO ACTA PARCIAL No.4									

RESPONSABLES:

CHRISTIAN EDUARDO GRACIA CUBILLOS	**MARIA DEL PILAR FLOREZ GALVIS**
1.075.226.305	**63.479.160**
Contratista	**Supervisor**