

PSP-294-2025



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 34 CONTRATISTAS 33700 10500 SALUD PUBLICA MAYO 28 DE 2025
Fecha Pago	28/05/2025
Hora Pago	11:20

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1070626818	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4472	Banco	BANCO FALABELLA
Valor	\$ 5.807.116,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA. COBRO 3
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 1070626818
Nombre del Tercero: NICHOLLE TATIANA LOZANO MEDINA

Fecha de Contabilización: 27.05.2025
Fecha Impresión de Factura: 27.05.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600029493
Código del Tercero: 2300043697

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 9 SS-CD-PSP-294-2025

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS \$ 5.847.116

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	5.807.116-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	5.847.116
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	40.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	5.168.336	40.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 40.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS \$ 5.807.116


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

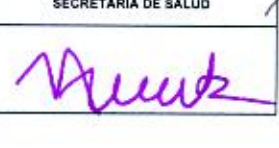
ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

 CundiGov  @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900190226
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

 Gobernación Cundinamarca		GESTIÓN CONTRACTUAL						CÓDIGO: A-GC-FR-033				
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 05				
FECHA: 02/05/2025												
<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
		15	5	2025		25	2	2025		24	10	2025
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SALUD PÚBLICA COLECTIVA						SECCIÓN PRESUPUESTAL		1197.01		
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PAGO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT			
SS-CD-PSP-294-2025	X				NICHOLLE TATIANA LOZANO MEDINA				1070626818			
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO			
CRA 4 20 34					NICOLLOZANOMEDINA18@GMAIL.COM				3153899171			
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO			
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS PARA LA SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.											
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	<p>CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE (\$46.776.928), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARÍA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100062688 del 31 de Enero de 2025 por valor de \$46.776.928 y Concepto Precontractual N° 000001630 de fecha 29 de Enero de 2025 por valor de \$46.776.928. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en NUEVE (9) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • SIETE (7) pagos sucesivos mensuales por el valor de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS MCTE (\$5.847.116), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente prestados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.</p>											
FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública				VALOR DEL PAGO	\$5.847.116				
PAGO N°	3	DE	9	BANCO	BANCO FALABELLA							
CUENTA N°		111700704472						Ahorros				
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR		ANTICIPO				VALOR					
DEPARTAMENTO	\$46.776.928		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				\$5.847.116					
			VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$12.863.655					
TOTAL	\$46.776.928		SALDO POR EJECUTAR				\$33.913.273					
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		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		
21 2 2025		4600029493		2 5 2025		9485556915		1 4 2025		30 4 2025		
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			15	5	2025	3		1	4	2025	
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	
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 SECRETARÍA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARÍA DE SALUD	
FIRMA:					FIRMA:					FIRMA:		

56/182592