PSP-156-2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 39 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 13 JUNIO 2025
Fecha Pago	13/06/2025
Hora Pago	11:56

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	35393451	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3240	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 7.562.391,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300144611

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	12.06.2025
Referencia Del Documento:	CTA. COBRO 4	Fecha Impresión de Factura:	12.06.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	1-0500	Nombre del Fondo:	Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600028926
NIT del Tercero:	35393451	Código del Tercero:	2300033166
Nombre del Tercero:	MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS-CD-PSP-156- 2025

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS $ 7.675.391

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.562.391-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	45.000-
004	2436150000	50	Reten.Empl 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	68.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	5.815.665	45.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	357.373	68.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 113.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS $ 7.562.391

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900192824

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
		VERSIÓN: 05
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/05/2025

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
	3	6	2025		26	2	2025		25	10	2025

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-PSP-156-2025	X				MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS	35383451

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 2 A 21 21	MARIA.MORERA@CUNDINAMARCA.GOV.CO	3183491848

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y ACCIONES DE ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL CON EL FIN DE PROMOVER ACCIONES DE GESTIÓN EN SALUD ORAL EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2022-2031, PARA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de SESENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($61.403.128), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100061696 del 23 de Enero de 2025 por valor de $61.403.128 y Concepto Precontractual N° 0000000897 de fecha 16 de Enero de 2025 por valor de $61.403.128. 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 SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($7.675.391), 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.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	$7.675.391
PAGO N°	4	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	476000143240				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$61.403.128	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	$7.675.391
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$24.305.405
TOTAL		$61.403.128	SALDO POR EJECUTAR	$37.097.723

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
25	2	2025	4600028926	13	5	2025	9485971681

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X		3	6	2025	4		1	5	2025	31	5	2025
NO														

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 BUCAL	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

6

08/184772