SS - CPS. 044. 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 11 CONTRATISTAS 10500 ORDINARIO JULIO 4 DE 2025
Fecha Pago	04/07/2025
Hora Pago	10:53

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1049637710	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX8485	**Banco**	ITAU antes Corpbanca
Valor	$ 9.892.174,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300147229

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	04.07.2025
Referencia Del Documento:	CTA. COBRO 5	Fecha Impresión de Factura:	04.07.2025
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	1-0500	Nombre del Fondo:	Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600028411
NIT del Tercero:	7000987649	Código del Tercero:	2300041926
Nombre del Tercero:	KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 9 SS-CPS-044-2025

VALOR BRUTO FACTURA: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS $ 10.221.174

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	9.892.174-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	10.221.174
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	69.000-
004	2436150000	50	Reten.Empl 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	260.000-

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	9.034.618	69.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	1.370.059	260.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 329.000

VALOR NETO A PAGAR: NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS $ 9.892.174

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	VERSIÓN 05
		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	7	2025		6	2	2025		5	10	2025

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-CPS-044-2025	X				KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ	7000867649

DIRECCIÓN	CORREO	TELEFONO
CR 11 18 84	KRODRIGUEZ_BP@GMAIL.COM	3168203634

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORÍA EN ASUNTOS DE ORDEN JURÍDICO AL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	o. CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($81.769.392), 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° 7100061234 del 17 de Enero de 2025 por valor de $81.769.392 y Concepto Precontractual N° 0000000897 de fecha 16 de Enero de 2025 por valor de $81.769.392. La Secretaria 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 DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($10.221.174), 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 Destinacion	VALOR DEL PAGO	$10.221.174
PAGO N°	5	DE	9	BANCO	Banco del Credito - Helm.BANK-ITAU
CUENTA N°			291258485		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$81.769.392	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACION ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$10.221.174
TOTAL		$81.769.392	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$49.402.341
			SALDO POR EJECUTAR	$32.367.051

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
6	2	2025	4600028411

CERTIFICACION DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
11	6	2025	9487344316

EL CONTRATISTA CUMPLIO A SATISFACCION CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del: Día	Del: Mes	Del: Año	Al: Día	Al: Mes	Al: Año
	NO			3	7	2025	5		1	6	2025	30	6	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspension		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	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	Jefe Oficina Asesora Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA		FIRMA		FIRMA	

56/187490