SS. CD-PSA-495-2025

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 17 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 18 JULIO 2025 |
| **Fecha Pago** | 18/07/2025 |
| **Hora Pago** | 10:18 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 80357515 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXX7614 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 2.062.255,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300149048

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 15.07.2025 |
| Referencia Del Documento: | CTA COB 3-2025 | Fecha Impresión de Factura: | 15.07.2025 |
| Centro Gestor: | 1197.01 | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA |
| Fondo: | 3-3700 | Nombre del Fondo: | SGP salud pública |
| Verificado por: | LBERNAL | Documento RPC: | 4600030360 |
| NIT del Tercero: | 80357515 | Código del Tercero: | 2300022700 |
| Nombre del Tercero: | EDGAR JHOANY GARZON DIAZ | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 8 SS CD PSA 495 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 2.081.255

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 2.062.255- |
| 002 | 5502160002 | 81 | Servcios Técnicos | 2320202008 | 2.081.255 |
| 003 | 2436270000 | 50 | Reteica Compras | XRETENCION/DEDUCCION08 | 19.000- |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

| Nombre del Descuento efectuado | Base Gravable aplicada | Vr del Descuento y/o Deducción |
|---|---|---|
| Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm | 1.994.082 | 19.000- |

VALOR DESCUENTOS: $ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 2.062.255

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900197892

| Gobernación de 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10 | 7 | 2025 | | 21 | 3 | 2025 | | 20 | 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-PSA-495-2025 | X | | | | EDGAR JHOANY GARZON DIAZ | 80357515 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 2 10 37 | EDGARCHATO0714@HOTMAIL.COM | 3212974859 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO | PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL ÁREA ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS. |
| 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 QUINCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE ($15.791.818), 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° 7100064287 del 06 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818 y Concepto Precontractual N° 0000002557 de fecha 03 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en OCHO (8) 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. • SEIS (6) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), 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 | 3-3700 | NOMBRE DEL FONDO | SGP salud pública | VALOR DEL PAGO | $2.081.255 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 3C | DE | 8 | BANCO | Banco Davivienda |
| CUENTA N° | | 055045500097614 | | Ahorros | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $15.791.818 | 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 | $2.081.255 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $5.263.939 |
| TOTAL | $15.791.818 | SALDO POR EJECUTAR | $10.527.879 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 19 | 3 | 2025 | 4600030360 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 3 | 7 | 2025 | 9484834976 |

| 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 Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | X | | | 8 | 7 | 2025 | 3 | | 1 | 5 | 2025 | 31 | 5 | 2025 |
| NO | | | | | | | | | | | | | | |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | Terminación Anticipada | | Cambio de supervisión | | Embargo | X | No aplica | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES (si se requiere) | EMBARGO |
|---|---|

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

078

56/1001405

9316646

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300149298

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 17.07.2025 |
| Referencia Del Documento: | CTA COB 3.-2025 | Fecha Impresión de Factura: | 17.07.2025 |
| Centro Gestor: | 1197.01 | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA |
| Fondo: | 3-3700 | Nombre del Fondo: | SGP salud pública |
| Verificado por: | LBERNAL | Documento RPC: | 4600030360 |
| NIT del Tercero: | 80357515 | Código del Tercero: | 2300022700 |
| Nombre del Tercero: | EDGAR JHOANY GARZON DIAZ | | |

Nombre del Alternativo: JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL TOCAIMA NIT 890680014-9

Descripción: PAGO 3 DE 8 SS CD PSA 495 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS $ 174.719

#163295

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 174.719- |
| 002 | 5502160002 | 81 | Servcios Técnicos | 2320202008 | 174.719 |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

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

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS $ 174.719

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR



29001980 75

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

| Gobernación de 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 10 | 7 | 2025 | | 21 | 3 | 2025 | | 20 | 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-PSA-495-2025 | X | | | | EDGAR JHOANY GARZON DIAZ | 80357515 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 2 10 37 | EDGARCHATO0714@HOTMAIL.COM | 3212974859 |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
|---|---|---|
| | JUZGADO 001 PROMISCUO MUNICIPAL | 7.464.565 |

| | |
|---|---|
| OBJETO | PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL ÁREA ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS. |
| 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 QUINCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE ($15.791.818), 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° 7100064287 del 06 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818 y Concepto Precontractual N° 0000002557 de fecha 03 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en OCHO (8) 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. • SEIS (6) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), 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 | 3-3700 | NOMBRE DEL FONDO | SGP salud pública | VALOR DEL PAGO | $174.719 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 3E | DE | 8 | BANCO | BANCO AGRARIO DE COLOMBIA |
| CUENTA N° | 258152042001 | | | | Depósitos Judiciales |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | $15.791.818 | 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 | $174.719 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $3.182.684 |
| TOTAL | $15.791.818 | SALDO POR EJECUTAR | $12.609.134 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 19 | 3 | 2025 | 4600030360 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 3 | 7 | 2025 | 9484834976 |

| 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 Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | X | | 8 | 7 | 2025 | 3 | | 1 | 5 | 2025 | 31 | 5 | 2025 |
| | NO | | | | | | | | | | | | | |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | Terminación Anticipada | | Cambio de supervisión | | Embargo | X | No aplica | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES (si se requiere) | EMBARGO |
|---|---|

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

8/189343