SS. CD. PSA - 495 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 18 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 30 JULIO 2025
Fecha Pago	30/07/2025
Hora Pago	11:26

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80357515	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7614	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 2.063.255,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300150680

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.07.2025
Referencia Del Documento:	CTA. COBRO 4	Fecha Impresión de Factura:	29.07.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600030360
NIT del Tercero:	80357515	Código del Tercero:	2300022700
Nombre del Tercero:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4C 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	2.063.255-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	2.081.255
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	18.000-

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	1.842.846	18.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 18.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 2.063.255

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900199892

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
	22	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 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	$2.081.255
PAGO N°	4C	DE	8	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			0550455000097614		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	$7.519.913
	TOTAL	$15.791.818	SALDO POR EJECUTAR	$8.271.905

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
7	7	2025	9486287040

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		18	7	2025	4		1	6	2025	30	6	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 - SECRETARÍA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARÍA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

$8'191.063

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300150679

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.07.2025
Referencia Del Documento:	CTA. COBRO 4	Fecha Impresión de Factura:	29.07.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600030360
NIT del Tercero:	80357515	Código del Tercero:	2300022700
Nombre del Tercero:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ		

Nombre del Alternativo: JUZGADO 001 PROMISCUO MUNICIPAL DE TOCAIMA- CUNDINAMARCA

Descripción: PAGO 4E DE 8 SS-CD-PSA-495-2025

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

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

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
	22	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 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	$174.719
PAGO N°	4E	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	$5.438.658
	TOTAL	$15.791.818	SALDO POR EJECUTAR	$10.353.160

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
19	3	2025	4600030360	7	7	2025	9486287040

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			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				18	7	2025	4		1	6	2025	30	6	2025

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 SECRETARÍA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	