



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	52818746	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio	XXXXXXXXXXXX4288	Banco	DAVIVIENDA
Destino			
Valor	\$ 8.192.043,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA FS 56
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 52818746
Nombre del Tercero: FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ

Fecha de Contabilización: 29.07.2025
Fecha Impresión de Factura: 29.07.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600029884
Código del Tercero: 2300035207

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS CD PSP 402 2025

VALOR BRUTO FACTURA: OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS \$ 8.248.043

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	8.192.043-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	8.248.043
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	56.000-

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	7.290.544	56.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 56.000

VALOR NETO A PAGAR: OCHO MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CUARENTA Y TRES PESOS \$ 8.192.043


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																	
		22	7	2025			28	2	2025			27	10	2025																	
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARÍA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.01																			
CONTRATO N°		PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																					
SS-CD-PSP-402-2025		X				FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ				52818746																					
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																					
CR 70 B 24 D 22 T.3 AP 1101						DRAFEDRA@GMAIL.COM				3002903173																					
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																					
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LA SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PROPENDAN POR EL FORTALECIMIENTO, MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CASOS ESPECIALES Y MORTALIDADES CONSECUENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA EN 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 CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$65.984.344), 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° 7100063714 del 18 de Febrero de 2025 por valor de \$65.984.344 y Concepto Precontractual N° 0000002115 de fecha 11 de Febrero de 2025 por valor de \$65.984.344. 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 OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$8.248.043), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente pr estados 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		\$8.248.043																			
PAGO N°		4 DE 9		BANCO		Banco Davivienda																									
CUENTA N°		0550009200384288										Ahorros																			
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																					
DEPARTAMENTO		\$65.984.344				PORCENTAJE DEL ANTICIPO				0%																					
						VALOR ANTICIPADO				\$0																					
						VALOR DEL ANTICIPO				\$0																					
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$0																					
ADICION DEPARTAMENTO		\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0																					
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$0																					
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$8.248.043																					
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$25.568.933																					
TOTAL		\$65.984.344				SALDO POR EJECUTAR				\$40.415.411																					
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																									
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>28</td><td>2</td><td>2025</td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO	28	2	2025	<table><tr><td colspan="2">NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td colspan="2">4600029884</td></tr></table>			NÚMERO DE RPC		4600029884		<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>26</td><td>5</td><td>2025</td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO	26	5	2025	<table><tr><td colspan="2">NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td colspan="2">86832600</td></tr></table>			NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA		86832600	
DÍA	MES	AÑO																													
28	2	2025																													
NÚMERO DE RPC																															
4600029884																															
DÍA	MES	AÑO																													
26	5	2025																													
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																															
86832600																															
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				22	7	2025	4		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año															
											1	5	2025	31	5	2025															
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:		FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR		NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS		NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA 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:																							

06/19/107