SS - CD. PSP. 402. 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 33 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 13 AGOSTO 2025
Fecha Pago	13/08/2025
Hora Pago	09:33

Detalle Proceso de Pago

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

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300152416

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	12.08.2025
Referencia Del Documento:	FRA-FS-58	Fecha Impresión de Factura:	12.08.2025
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:	4600029884
NIT del Tercero:	52818746	Código del Tercero:	2300035207
Nombre del Tercero:	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 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	Servcios 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

2900202166

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
	4	8	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 F ORTALECIMIENTO, 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° 5	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
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	$8.248.043
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$33.816.976
TOTAL	$65.984.344	SALDO POR EJECUTAR	$32.167.368

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
28	2	2025	4600029884	24	6	2025	87628833

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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			4	8	2025	5		1	6	2025	30	6	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 - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/ DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

6

26/19291 3