

SS - C0 279 - 2025



DAVIVIENDA



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 25 CONTRATISTAS ING CORRIENTE 10500 15 AGOSTO 2025
Fecha Pago 15/08/2025
Hora Pago 13:40

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1000723147	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7411	Banco	CAJA SOCIAL
Valor	\$ 1.496.720,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogísticaMM
Referencia Del Documento: CTA. COBRO 5
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 1-0500
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 1000723147
Nombre del Tercero: SANTIAGO BARBOSA URIBE

Fecha de Contabilización: 14.08.2025
Fecha Impresión de Factura: 14.08.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Ingreso Corriente de Libre Destinación
Documento RPC: 4600029444
Código del Tercero: 2300044743

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 9 SS-CD-PSP-278-2025

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN QUINIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS \$ 1.504.720

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	1.496.720-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	1.504.720
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	8.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	1.091.592	8.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 8.000

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN CUATROCIENTOSNOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS \$ 1.496.720

Neidy Tinjaca Rueda

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
	4	8	2025		20	2	2025		19	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-CD-PSP-278-2025	X				SANTIAGO BARBOSA URIBE	1000723147
DIRECCIÓN					CORREO	TELÉFONO
CRA 8 A ESTE 30 21					SANTIURIBR1998@GMAIL.COM	3209319217
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES REALIZANDO ACTIVIDADES PARA LA CONFORMACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$40.125.872), 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° 7100062435 del 30 de Enero de 2025 por valor de \$40.125.872 y Concepto Precontractual N° 0000001565 de fecha 28 de Enero de 2025 por valor de \$40.125.872. 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 CINCO MILLONES QUINCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$5.015.734), 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 Destinación	VALOR DEL PAGO	\$1.504.720
---------------------------	--------	------------------	--	----------------	-------------

PAGO N°	5	DE	9	BANCO	Banco Caja Social
CUENTA N°	24109127411				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$40.125.872	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	\$1.504.720
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$18.391.024
TOTAL	\$40.125.872	SALDO POR EJECUTAR	\$21.734.848

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
20	2	2025	4600029444	16	6	2025	87414744

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			4	8	2025			5	Día	Mes	Año	Día	Mes

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

OBSERVACIONES (si se requiere) **TERMINACION ANTICIPADA EFECTIVA A PARTIR DEL 10 DE JUNIO DEL 2025**

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	PAULA VICTORIA BERNAL MONTEALEGRE	NOMBRE:	Diego Fernando Charry Ballesteros	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	Jefe Oficina Participación en Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/193 393
J. Guadalupe
12/25
Ag.