SS- CD PIP. 294- 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 25 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 27 AGOSTO 2025
Fecha Pago	27/08/2025
Hora Pago	16:36

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1070626818	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX4472	**Banco**	BANCO FALABELLA
Valor	$ 5.807.116,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300154451

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	**Fecha de Contabilización:**	26.08.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB 6-2025	**Fecha Impresión de Factura:**	26.08.2025
Centro Gestor:	1197.01	**Nombre de la Dependencia:**	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	**Nombre del Fondo:**	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	**Documento RPC:**	4600029493
NIT del Tercero:	1070626818	**Código del Tercero:**	2300043697
Nombre del Tercero:	NICHOLLE TATIANA LOZANO MEDINA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 9 SS CD PSP 294 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS $ 5.847.116

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	5.807.116-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	5.847.116
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	40.000-

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	5.168.336	40.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 40.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS $ 5.807.116

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900204589

Gobernación 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
	20	8	2025		25	2	2025		24	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-PSP-294-2025	X				NICHOLLE TATIANA LOZANO MEDINA	1070626818

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CRA 4 20 34	NICOLLLOZANOMEDINA818@GMAIL.COM	3153899171

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS PARA LA SALUD PUBLICA DEL 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 CUARENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($46.776.928), 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° 7100062688 del 31 de Enero de 2025 por valor de $46.776.928 y Concepto Precontractual N° 0000001630 de fecha 29 de Enero de 2025 por valor de $46.776.928. 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 CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE ($5.847.116), 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	$5.847.116
PAGO N° 6	DE 9	BANCO	BANCO FALABELLA		
CUENTA N°		111700704472		Ahorros	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$46.776.928	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	$5.847.116
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$30.405.003
TOTAL	$46.776.928	SALDO POR EJECUTAR	$16.371.925

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
21	2	2025	4600029493	21	7	2025	9487934956

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			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			20	8	2025	6		1	7	2025	31	7	2025
NO														

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:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO /DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

06/194900