



DAVIVIENDA

CPS- 115- 2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 13 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 24 SEPT 2025
Fecha Pago	24/09/2025
Hora Pago	11:31

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20767812	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2407	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 3.353.631,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA. COBRO 7
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 20767812 ✓
Nombre del Tercero: BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ

Fecha de Contabilización: 23.09.2025
Fecha Impresión de Factura: 23.09.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600028380
Código del Tercero: 2300020894

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 7 DE 9 SS-CPS-115-2025 ✓

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS \$ 3.382.631

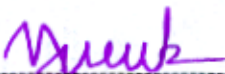
Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	3.353.631-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	3.382.631
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	29.000-

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	2.969.503	29.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 29.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS \$ 3.353.631


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



Gobernación de
Cundinamarca

GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA

CÓDIGO: E-GCCP-FR-033

VERSIÓN: 06

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE
CONTRATOS/CONVENIOS

FECHA: 04/09/2025

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 ediciones)	Día	Mes	Año
	17	9	2025		17	2	2025		16	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-CPS-115-2025	X				BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ	20767812
DIRECCIÓN					CORREO	TELÉFONO
CLL 3 5 39					BIBIANAR2023@GMAIL.COM	3212017999
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	PRESTAR APOYO A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO 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 VEINTISIETE MILLONES SESENTA Y UN MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$27.061.048), 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° 7100060886 del 15 de Enero de 2025 por valor de \$27.061.048 y Concepto Precontractual N° 0000000493 de fecha 13 de Enero de 2025 por valor de \$27.061.048. 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 TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$3.382.631), 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	\$3.382.631
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	7	DE	9	BANCO	Bancolombia
---------	---	----	---	-------	-------------

CUENTA N°	89229992407	Ahorros	
-----------	-------------	---------	--

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$27.061.048	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	\$3.382.631
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$21.874.347
TOTAL	\$27.061.048	SALDO POR EJECUTAR	\$5.186.701

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
4	2	2025	4600028380	8	8	2025	9489160533

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		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				17	9	2025	7		1	8	2025	31	8	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:	

86/99079