PSA - 526.2025

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 45 CONTRATISTAS 10500 10101 ORDINARIO OCT 10 DE 2025 |
| **Fecha Pago** | 10/10/2025 |
| **Hora Pago** | 11:56 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 1015468074 | **Referencia** | 3100000000010500 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX7750 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 3.353.631,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300160572

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 09.10.2025 |
| Referencia Del Documento: | CTA COB 6-2025 | Fecha Impresión de Factura: | 09.10.2025 |
| Centro Gestor: | 1197.B | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA OTROS GASTOS EN |
| Fondo: | 1-0500 | Nombre del Fondo: | Ingreso Corriente de Libre Destinación |
| Verificado por: | LBERNAL | Documento RPC: | 4600030479 |
| NIT del Tercero: | 1015468074 | Código del Tercero: | 2300044357 |
| Nombre del Tercero: | JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 7 SS CD PSA 526 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 | 2401010012 | 31 | Bienes y servicios S | XACREEDOR/DEUDOR | 3.353.631- |
| 002 | 5502160002 | 81 | Servcios 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 | 2.989.948 | 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



DP- 2980212187

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

| 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 adiciones) | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 10 | 2025 | | 1 | 4 | 2025 | | 30 | 10 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | OTROS GASTOS EN SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197.B |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SS-CD-PSA-526-2025 | X | | | | JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA | 1015468074 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 100 50 B 45 SUR SEC 3 T. 14 | JES_TAT@HOTMAIL.COM | 3112268483 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO | BRINDAR APOYO INTEGRAL Y SOPORTE TÉCNICO ESPECIALIZADO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES PARA LA GESTIÓN EFICIENTE DE LOS PROCESOS DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y ATENCIÓN DE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD OPERATIVA, LA CALIDAD EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA REQUERIDOS. |
| 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 VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE ($23.678.417), 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° 7100064396 del 12 de Marzo de 2025 por valor de $24.980.725 y Concepto Precontractual N° 0000002642 de fecha 11 de Marzo de 2025 por valor de $24.980.725. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en OCHO (8) 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. • SEIS (6) 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 | 1-0500 | NOMBRE DEL FONDO | Ingreso Corriente de Libre Destinación | VALOR DEL PAGO | $3.382.631 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 6 | DE | 7 | BANCO | Banco Davivienda |
| CUENTA N° | | 488403237750 | | | Ahorros |

| | NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO | $23.678.417 | | 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 | $3.382.631 |
| | | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $20.295.786 |
| | TOTAL | $23.678.417 | | SALDO POR EJECUTAR | $3.382.631 |

| 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 | 3 | 2025 | 4600030479 | 4 | 9 | 2025 | 89097098 |

| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | | | FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | N° INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | Del | | | Al | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| SI | X | | | 2 | 10 | 2025 | 6 | | 1 | 9 | 2025 | 30 | 9 | 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: | LILIA MARIA CALDERON CASTRO | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

86/201291