PSD. 156. 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 42 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 10101 20 NOV 25
Fecha Pago	20/11/2025
Hora Pago	17:12

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	35393451	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3240	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 6.210.159,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300166422

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	19.11.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB 9 2025	Fecha Impresión de Factura:	19.11.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	1-0500	Nombre del Fondo:	Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600028926
NIT del Tercero:	35393451	Código del Tercero:	2300033166
Nombre del Tercero:	MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 9 DE 11 SS CD PSP 156 2025

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS $ 6.396.159

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	6.210.159-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	4.093.542
003	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	2.302.617
004	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	33.000-
005	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	43.000-
006	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	16.000-
007	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	33.000-
008	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	3.000-
009	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	33.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	25.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Estampilla Bienestar del Adulto Mayor - Bienestar del Adulto Mayor 2%	1.644.328	33.000-
Retenica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	5.653.642	43.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	1.644.328	16.000-
Desarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	1.644.328	33.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	1.644.328	3.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	1.644.328	33.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	1.644.328	25.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 186.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS $ 6.210.159

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900219529

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
	7	11	2025		26	2	2025		30	11	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-156-2025	X				MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS	35393451

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 2 A 21 21	MARIA.MORERA@CUNDINAMARCA.GOV.CO	3183491848

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y ACCIONES DE ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL CON EL FIN DE PROMOVER ACCIONES DE GESTIÓN EN SALUD ORAL EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031, PARA 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 UN MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($61.403.128), 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° 7100061696 del 23 de Enero de 2025 por valor de $61.403.128 y Concepto Precontractual N° 0000000887 de fecha 16 de Enero de 2025 por valor de $61.403.128. 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 SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($7.675.391), 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. CLAUSULA CUARTA – MODIFICAR CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de SETENTA MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE ($70.357.751). La Secretaria de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de OCHO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE ($ 8.954.623), en dos (2) pagos de la siguiente manera: 1. Un primer pago será proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la adición hasta el 30 del mes correspondiente. 2. Un (01) pago mensual cada uno por valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($7.675.391). Cada pago se realizará previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato dando viabilidad al pago, presentación del informe completo de actividades con entrega de productos por mes vencido al supervisor, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales. Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo PAC y el último pago estará sujeto al recibo a satisfacción por parte del supervisor. El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. 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).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	$6.396.159
PAGO N°	9	DE	11	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	476000143240				Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$61.403.128	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$8.954.623	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$6.396.159
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$61.403.128
	TOTAL	$70.357.751	SALDO POR EJECUTAR	$8.954.623

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
25	2	2025	4600028926	17	10	2025	9493294041

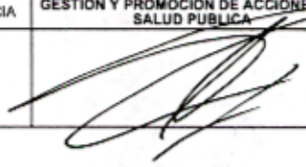
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			7	11	2025	9		1	10	2025	31	10	2025
NO														

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	Se verifico planilla de seguridad social y esta de acuerdo con el IBC

86/207399

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

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 ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**	CARGO Y DEPENDENCIA	**SECRETARIA DE SALUD**
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	