334- 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 52 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 10101 26 NOV 2025
Fecha Pago	26/11/2025
Hora Pago	09:11

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80057804	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX0866	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 5.742.313,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda, Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300167624

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	25.11.2025
Referencia Del Documento:	CTA.COBRO 9 Y 10	Fecha Impresión de Factura:	25.11.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600029528
NIT del Tercero:	80057804	Código del Tercero:	2300038121
Nombre del Tercero:	GUILLERMO GUTIERREZ TORRES		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 9 DE 12 SS-CD-PSP-334-2025

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS $ 6.140.313

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	5.742.313-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	1.279.232
003	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	4.861.081
004	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	64.000-
005	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	52.000-
006	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	32.000-
007	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	64.000-
008	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	6.000-
009	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	64.000-
010	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	68.000-
011	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	48.000-

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%	3.179.406	64.000-
Retención a Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.784.370	52.000-
ProCultura (Con Cuantia) Estampilla - ProCultura (Con Cuantia) 1%	3.179.406	32.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	3.179.406	64.000-
ProElectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	3.179.406	6.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	3.179.406	64.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	357.373	68.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	3.179.406	48.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 398.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS $ 5.742.313

2900220426

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
	10	11	2025		25	2	2025		30	12	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-334-2025	X				GUILLERMO GUTIERREZ TORRES	80057804

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
KR 72 B 6 D 73 INT 231	GUTIERREZGT80@GMAIL.COM	3102116120

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA GESTIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA FRENTE AL MONITOREO, SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL NIVEL NACIONAL.
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° 7100063344 del 12 de Febrero de 2025 por valor de $61.403.128 y Concepto Precontractual N° 0000002048 de fecha 10 de Febrero de 2025 por valor de $61.403.128. 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 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 Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS ($78.288.988) M/CTE. La Secretaria de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS ($16.885.860) M/CTE., en TRES (3) pagos de la siguiente manera: 1. UN (1) primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día TREINTA (30) del mes correspondiente. 2. DOS (2) pagos mensuales por valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS ($7.675.391) M/CTE. 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	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	$6.140.313
PAGO N°	9 DE 12	BANCO	Banco Davivienda		
CUENTA N°	005300410866		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	$16.885.860	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$6.140.313
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$61.403.128
	TOTAL	$78.288.988	SALDO POR EJECUTAR	$16.885.860

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
21	2	2025	4600029528

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
27	10	2025	90885428

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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	SI	X												
	NO			10	11	2025	9		1	10	2025	31	10	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)												

C24 SE/207734

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:	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:	