487 · 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 72 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 03 DIC 2025
Fecha Pago	03/12/2025
Hora Pago	11:53

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20928532	**Referencia**	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1202	**Banco**	BANCO AGRARIO
Valor	$ 977.589,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300168607

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	02.12.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB. 8 Y 9	Fecha Impresión de Factura:	02.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-2600	Nombre del Fondo:	Recursos nación salud
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4700012492
NIT del Tercero:	20928532	Código del Tercero:	2300026284
Nombre del Tercero:	LIDIA MILENA MORENO ROMERO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 9 DE 12 SS-CD-PSA-487-2025

VALOR BRUTO FACTURA: NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS $ 977.589

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	977.589-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	977.589

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción

VALOR NETO A PAGAR: NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS $ 977.589

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 adiciones)	Día	Mes	Año
	18	11	2025		18	3	2025		30	12	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-PSA-487-2025		X			LIDIA MILENA MORENO ROMERO	20928532

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 10 5 03	LIDIAMILENA1234@GMAIL.COM	3143705322

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

OBJETO	PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN 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 QUINCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE ($15.791.818), 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° 7100064299 del 06 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818 y Concepto Precontractual N° 0000002525 de fecha 03 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818. La Secretaria 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 DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente prestados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca. CLAUSULA CUARTA – MODIFICAR CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS ($ 21.281.355) M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS ($5.489.537) M/CTE, en TRES (3) pagos de la siguiente manera: 1. Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día 30 del mes correspondiente. 2. Dos pagos mensuales por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.255.974 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	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	Recursos nación salud	VALOR DEL PAGO	$977.589
PAGO N°	9	DE	12	BANCO	Banco Agrario
CUENTA N°	431630151202				Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR
	DEPARTAMENTO	$15.791.818
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$5.489.537
	TOTAL	$21.281.355

ANTICIPO	VALOR
PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
VALOR ANTICIPADO	$0
VALOR DEL ANTICIPO	$0
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
SALDO AMORTIZACIÓN	$0
VALOR BRUTO A PAGAR	$977.589
V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$16.769.407
SALDO POR EJECUTAR	$4.511.948

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
22	10	2025	4700012492

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
22	10	2025	1075556672-1076036406

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			18	11	2025	8		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)	NO APLICA

07

86/209681

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-PR-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:	