402 2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 15 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 32600 04 DIC 2025
Fecha Pago	04/12/2025
Hora Pago	12:54

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52818746	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4288	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 204.804,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300169329

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	03.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA FS.65	Fecha Impresión de Factura:	03.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4700012898
NIT del Tercero:	52818746	Código del Tercero:	2300035207
Nombre del Tercero:	FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 10 DE 12 SS CD PSP 402 2025

VALOR BRUTO FACTURA: OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS $ 824.804

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	204.804-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	824.804
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	141.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	6.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	71.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	141.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	14.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	141.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	106.000-

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%	7.050.348	141.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	729.054	6.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	7.050.348	71.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	7.050.348	141.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	7.050.348	14.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	7.050.348	141.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	7.050.348	106.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 620.000

VALOR NETO A PAGAR: DOSCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS $ 204.804

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2000022405

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
	24	11	2025		28	2	2025		31	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-402-2025		X			FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ	52818746

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 70 B 24 D 22 T.3 AP 1101	DRAFEDRA@GMAIL.COM	3002903173

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LA SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PROPENDAN POR EL F ORTALECIMIENTO, MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CASOS ESPECIALES Y MORTALIDADES CONSECUENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA EN 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 CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($65.984.344), 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° 7100063714 del 18 de Febrero de 2025 por valor de $65.984.344 y Concepto Precontractual N° 0000002115 de fecha 11 de Febrero de 2025 por valor de $65.984.344. 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 OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE ($8.248.043), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente pr estados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca. CLAUSULA CUARTA -MODIFICAR CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de ($ 83.580.169) OCHENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE ($17.595.825) en TRES (3) pagos de la siguiente manera: 1. UN (1) primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día TREINTA (30) del mes correspondiente. 2. UN (1) pago por valor de OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS ($ 8.248.043) M/CTE. 3. Un ultimo pago por valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS ($ 8.522.978). 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	$824.804
PAGO N°	10	DE	12	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°		0550009200384288		Ahorros	

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$65.984.344	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$17.595.825	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$824.804
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$66.809.148
	TOTAL	$83.580.169	SALDO POR EJECUTAR	$16.771.021

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
5	11	2025	4700012898	22	10	2025	90687955

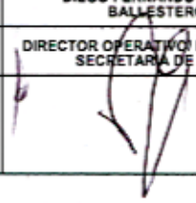
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			19	11	2025	9		1	10	2025	31	10	2025
NO														

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	

56 / 210587

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:	