



DAVIVIENDA

748 - 2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 92 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 32600 10500 10 DIC 2025
Fecha Pago	10/12/2025
Hora Pago	12:30

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52473600	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4936	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 6.523,461,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 09.12.2025
Referencia Del Documento: CTA COB 5 2025 Fecha Impresión de Factura: 09.12.2025
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: 4600031423
NIT del Tercero: 52473600 Código del Tercero: 2300046012
Nombre del Tercero: FRANCY EDITH BARON DIMAS

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 6 SS CD PSP 748 2025

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.579.461

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	6.523.461
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	6.579.461
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	56.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	5.815.665	56.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 56.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.523.461


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-BO-CER003297 ST-CER006706 CO-BA-CER0101570

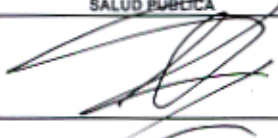
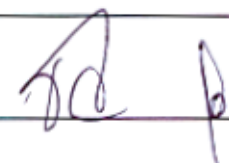
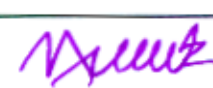
Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA						CÓDIGO: E-GCCP-FR-033					
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 06					
								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	12	2025		15	7	2025		24	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-748-2025		X				FRANCY EDITH BARON DIMAS				52473600			
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO			
CL 4 73 B 51 CASA MANDALAY						FRANCY87654@GMAIL.COM				3132064347			
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO			
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN MUNICIPAL QUE CONTRIBUYAN AL CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE GÉNERO Y LGBTQI+.											
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 TREINTA Y CINCO MILLONES NOVENTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$35.090.459), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARÍA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100066433 del 11 de Junio de 2025 por valor de \$35.090.459 y Concepto Precontractual N° 0000003854 de fecha 09 de Junio de 2025 por valor de \$35.090.459. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) 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. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE (\$6.579.461), 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		3-3700		NOMBRE DEL FONDO		SGP salud pública		VALOR DEL PAGO		\$6.579.461			
PAGO N°		5 DE 6		BANCO		Banco Davivienda							
CUENTA N°		0550488452764936 Ahorros											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR			
DEPARTAMENTO		\$35.090.459				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				\$6.579.461			
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$29.826.890			
TOTAL		\$35.090.459				SALDO POR EJECUTAR				\$5.263.569			
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							
7 7 2025		4600031423		20 11 2025		91549568							
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI	X	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del	Al	
		NO				2	12	2025	5		1 11 2025	30 11 2025	
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:		RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY		NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA	
CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD		CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD	
FIRMA:						FIRMA:				FIRMA:			

56/212797