



DAVIVIENDA

636-2025

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	1026560091	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9226	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 6.534.461,00	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:	4600030900
NIT del Tercero:	1026560091 ✓	Código del Tercero:	2300044294
Nombre del Tercero:	PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 8 SS CD PSP 636 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	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.534.461- ✓
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	6.579.461
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	45.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	5.815.665	45.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 45.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.534.461

Neidy A. Tinjaca R.

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

20002424
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

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
	3	12	2025		8	5	2025		7	12	2025

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EJECUBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-636-2025	X				PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO	1026560091
DIRECCIÓN			CORREO			TELÉFONO
CL 3 SUR 69 D 34 CA 15			TETE8915@HOTMAIL.COM			6012765873
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES, METABÓLICOS, VISUALES, AUDITIVOS Y EPOC EN LAS REGIONES DE SALUD ASIGNADAS.

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE (\$46.056.227), 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° 7100064526 del 20 de Marzo de 2025 por valor de \$52.635.688 y Concepto Precontractual N° 000002734 de fecha 18 de Marzo de 2025 por valor de \$52.635.688. La Secretaría 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 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	8	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°	0550007500829226				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$46.056.227	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN	\$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$6.579.461
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$31.362.097
TOTAL	\$46.056.227	SALDO POR EJECUTAR	\$14.694.130

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
6	5	2025	4600030900	17	9	2025	1075639927

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			3	12	2025			5	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	9	2025	30	9	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 BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF, SECRETARÍA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARÍA DE SALUD / DESPACHO
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/213011