843 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 14 HOSP 43700 32600 33700 SALUD PUBLICA 10 DIC 2025
Fecha Pago	10/12/2025
Hora Pago	16:22

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9000985861	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX5451	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 2.995.000,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300171331

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	**Fecha de Contabilización:**	09.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA FE535	**Fecha Impresión de Factura:**	09.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	**Nombre de la Dependencia:**	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-7210	**Nombre del Fondo:**	Salud Participación Licores Otros
Verificado por:	LBERNAL	**Documento RPC:**	4600031860
NIT del Tercero:	9000985861	**Código del Tercero:**	2200004273
Nombre del Tercero:	INSTRUMENTACION Y METROLOGIA S.A.S.		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 2 SS SA PS 843 2025

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL PESOS $ 3,570,000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	2.995.000
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2320202008	3.570.000
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	60.000-
004	2440800010	50	Tasa Prodeporte y Re	XRETENCION/DEDUCCION09	75.000-
005	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	33.000-
006	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	30.000-
007	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	60.000-
008	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	6.000-
009	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	60.000-
010	2436250000	50	IVA Retenido	XRETENCION/DEDUCCION08	86.000-
011	2436050000	50	Servicios	XRETENCION/DEDUCCION09	120.000-
012	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	45.000-

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%	3.000.000	60.000-
Pro Deporte y Recreación 2.5% - Pro Deporte y Recreación 2.5%	3.000.000	75.000-
Reteica Actividades Comerciales - Ret. ICA Cial Demas Activd. Cial 11,04xm	3.000.000	33.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	3.000.000	30.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	3.000.000	60.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	3.000.000	6.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	3.000.000	60.000-
Retención IVA bienes/servicios - Ret. IVA Servicios Reg. Común 15%	570.000	86.000-
Retención Servicios Generales - Ret. Servicios Generales Declar 4%	3.000.000	120.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	3.000.000	45.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 575,000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS $ 2.995.000

2900874196

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300171331

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
	5	12	2025		4	9	2025		10	12	2025

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-SA-PS-843-2025	X				INSTRUMENTACION Y METROLOGIA S.A.S.	9000985861

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 5A 70 15		3133873279

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

OBJETO	Realizar intervenciones de mantenimiento preventivo y/o correctivo y/o calificación de los equipos del laboratorio de salud pública de Cundinamarca.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA OCTAVA - FORMA DE PAGO: El DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA- SECRETARÍA DE SALUD, cancelará el valor del contrato en moneda legal colombiana al contratista de la siguiente manera: Pagos mensuales de acuerdo con los servicios facturados conforme a los valores unitarios establecidos y previo recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y/o a quien designe, hasta completar el cien por ciento (100%) del valor total del contrato. Parágrafo 1: Para efectos de cada uno de los pagos, el contratista deberá adjuntar la correspondiente factura y/o cuenta de cobro, así como la constancia del pago de los Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales o Aportes Parafiscales; y certificación de encontrarse a paz y salvo con el personal según corresponda. Los pagos se realizarán previa presentación del informe correspondiente y aprobación por parte de la Supervisión. Parágrafo 2: El pago al cual está obligado el DEPARTAMENTO, se realizará previa radicación, de la orden de pago, y una vez agotados los requisitos a que haya lugar. El pago está sujeto a la disponibilidad de los recursos del DEPARTAMENTO. Lo anterior, sin perjuicio de los trámites presupuestales o financieros correspondientes a la constitución de vigencias futuras, reservas presupuestales o cualquier otro mecanismo de ejecución del presupuesto, sin los cuales no se podrá efectuar ningún pago. Parágrafo 3: El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. Parágrafo 4: En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC, el sistema de pago utilizado por el Depar tamento y será consignado a una cuenta corriente o de ahorros de las instituciones financieras que el CONTRATISTA registre en el formato titulado "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES", el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 5: De conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024, el ultimo pago se encuentra sujeto a la liqu idación del contrato estatal.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-7210	NOMBRE DEL FONDO	Salud Participación Licores Otros Depart	VALOR DEL PAGO	$3.570.000
PAGO N°	1	DE	2	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°			17150355451		Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$10.710.000	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	$3.570.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$3.570.000
TOTAL	$10.710.000	SALDO POR EJECUTAR	$7.140.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
22	8	2025	4600031860

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
28	11	2025	LIBIA EMID PINEDA BENITEZ

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			5	12	2025	2		11	10	2025	10	11	2025
NO														

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	LA FECHA DE LA EMISION DE LA FACTURA CORRESPONDE A 2025-12-03 YA QUE LOS SERVICIOS SE EJECUTARAN UNA PARTE EN EL MES DE NOVIEMBRE EN CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE INTERVENCIONES METROLOGICAS DEL LSPC

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	PAULA MARIANA RIAÑO RODRIGUEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	profesional Universitario	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

86/212743