

438 - 2025



**DAVIVIENDA**

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO 49 CONTRA ING CORRIENTE 10101 10500 37210 11 DIC 2025
<b>Fecha Pago</b>	11/12/2025
<b>Hora Pago</b>	15:56

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1000218663	<b>Referencia</b>	3100000000010101
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX4986	<b>Banco</b>	BOGOTA
<b>Valor</b>	\$ 3.202.130,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM      Fecha de Contabilización: 11.12.2025  
Referencia Del Documento: CTA COB 10 2025      Fecha Impresión de Factura: 11.12.2025  
Centro Gestor: 1197.B      Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN  
Fondo: 1-0101      Nombre del Fondo: Recurso ordinario interes  
Verificado por: LBERNAL      Documento RPC: 4700013162  
NIT del Tercero: 1000218663      Código del Tercero: 2300028846  
Nombre del Tercero: ANDREA NADITH NIÑO COLMENARES

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 10 DE 11 SS CD PSP 438 2025

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTO TREINTA PESOS \$ 3.224.130

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010013	31	Bienes y Servicios E	XACREEDOR/DEUDOR	3.202.130-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	3.224.130
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	22.000-

**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	2.849.847	22.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 22.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS \$ 3.202.130

LILIANA S. CEPEDA A.  
ORDENADOR



Secretaría de Hacienda

3300172235

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

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

@CundiGov @CundinamarcaGov  
www.cundinamarca.gov.co



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
	2	12	2025		13	3	2025		29	12	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD			SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.B
--	-----------------------	--	--	----------------------	--	--	--------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-438-2025	X				ANDREA NADITH NIÑO COLMENARES	1000218663

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
URBANA CALLE 2 8 40	ANDREANNC0@GMAIL.COM	3224754789

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

**OBJETO** "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE FARMACOVIGILANCIA, LOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES DE FARMACOVIGILANCIA EN LAS IPS Y EN LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"

**CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (\$42.988.400), 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° 7100063740 del 26 de Febrero de 2025 por valor de \$42.988.400 y Concepto Precontractual N° 0000002265 de fecha 17 de Febrero de 2025 por valor de \$42.988.400. 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 CINCO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$5.373.550), 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.

**CLÁUSULA CUARTA - MODIFICAR CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** La cual quedara así: CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CINCUENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (\$51.406.962) MCTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato la suma de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (\$8.418.562) MCTE, en dos (2) pagos de la siguiente manera: 1. El primer pago será proporcional a los días de servicio efectivamente prestados, desde el inicio de la adición hasta el día 30 del mes que corresponda. 2. Un (1) último pago mensual por valor de CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS (\$5.194.432) MCTE. 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	1-0101	NOMBRE DEL FONDO	Recurso ordinario interes	VALOR DEL PAGO	\$3.224.130
---------------------------	--------	------------------	---------------------------	----------------	-------------

PAGO N°	10	DE	11	BANCO	Banco de Bogota
---------	----	----	----	-------	-----------------

CUENTA N°	033354986	Ahorros
-----------	-----------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$42.988.400	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	\$8.418.562	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$3.224.130
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$44.063.110
<b>TOTAL</b>	<b>\$51.406.962</b>	<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$7.343.852</b>

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
19	11	2025	4700013162	25	11	2025	1077496775

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			9	1	11	2025	30	11

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

OBSERVACIONES (si se requiere)

8/213118



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:	JIMENA GALVIS SOTELO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	Director Operativo/ IVC Sec Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	