

1039-2028



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

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

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	79465862	Referencia	3100000000010101
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2343	Banco	DAVIBANK
Valor	\$ 9.373.504,00	Estado	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 1 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: 4600032397
NIT del Tercero: 79465862 ✓ Código del Tercero: 2300044124
Nombre del Tercero: CESAR AUGUSTO JARAMILLO MARTINEZ

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 2 SS CD PSP 1034 2025 ✓

VALOR BRUTO FACTURA: NUEVE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS \$ 9.791.504

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	9.373.504- ✓
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	9.791.504
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	84.000-
004	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	334.000-

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	8.654.828	84.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	1.760.216	334.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 418.000

VALOR NETO A PAGAR: NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS \$ 9.373.504

LILIANA S. CEPEDA A.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900725265
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod. Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0



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 intervinor 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
	1	12	2025		5	11	2025		31	12	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.B	
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT				
SS-CD-PSP-1034-2025	X				CESAR AUGUSTO JARAMILLO MARTINEZ				79465862				
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO				
CR 68 C 23 31 T. 1 AP 402					CESAR03@GMAIL.COM				3114578214				
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO				

OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA DIRECCIÓN DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA, EN LA ACTUALIZACIÓN Y CONCERTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL EN ARTICULACIÓN CON EL PROGRAMA TERRITORIAL DE REORDENAMIENTO Y MODERNIZACIÓN DE REDES DE LAS ESE PÚBLICAS - PTRRM DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

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 VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$22.595.778), 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° 7100071226 del 02 de Octubre de 2025 por valor de \$30.127.704 y Concepto Precontractual N° 000006702 de fecha 30 de Septiembre de 2025 por valor de \$30.127.704. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en TRES (3) 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. • UN (1) pago mensual por el valor de ONCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$11.297.889), 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	1-0101	NOMBRE DEL FONDO	Recurso ordinario interes	VALOR DEL PAGO	\$9.791.504
---------------------------	--------	------------------	---------------------------	----------------	-------------

PAGO N°	1	DE	2	BANCO	SCOTIABANK
CUENTA N°	942022343			Ahorros	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$22.595.778	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	\$9.791.504
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$9.791.504
TOTAL	\$22.595.778	SALDO POR EJECUTAR	\$12.804.274

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA	CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																
<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>31</td><td>10</td><td>2025</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>NÚMERO DE RPC</th></tr> <tr><td>4600032397</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	31	10	2025	NÚMERO DE RPC	4600032397	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>26</td><td>11</td><td>2025</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</th></tr> <tr><td>CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS Y FONDO DE PENSIONES</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	26	11	2025	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS Y FONDO DE PENSIONES
DÍA	MES	AÑO															
31	10	2025															
NÚMERO DE RPC																	
4600032397																	
DÍA	MES	AÑO															
26	11	2025															
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																	
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS Y FONDO DE PENSIONES																	

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			1	12	2025			1	5	11	2025	30	11

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

OBSERVACIONES (si se requiere) N/A

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	DIANA MARCELA FORERO DELGADO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO - DIRECCIÓN DE DESARROLLO Y GESTIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD

FIRMA:

FIRMA:

FIRMA:

06/213791