



DAVIVIENDA

149- 2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 60 CONT ING CORRIENTE 10500 10101 372100 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	15:08

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	39584975	Referencia	3100000000010101
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7664	Banco	BBVA
Valor	\$ 6.954.391,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 12 2025
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 1-0101
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 39584975
Nombre del Tercero: LINA MARIA MEJIA BENAVIDES

Fecha de Contabilización: 16.12.2025
Fecha Impresión de Factura: 16.12.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Recurso ordinario interes
Documento RPC: 4700011548
Código del Tercero: 2300038754

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 12 DE 12 SS CD PSP 149 2025

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.675.391

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	6.954.391-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	154.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	52.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	77.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	154.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	15.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	154.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	115.000-

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%	7.675.391	154.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.784.370	52.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	7.675.391	77.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	7.675.391	154.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	7.675.391	15.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	7.675.391	154.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	7.675.391	115.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 721.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 6.954.391

Neidy A. Tinjaca R.
NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

		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							
		11		12		2025				4		2		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-149-2025				X						LINA MARIA MEJIA BENAVIDES						39584975													
DIRECCIÓN										CORREO						TELÉFONO													
CL 44 D 45 30 T 3 APT 403										LINA_MEJIA5@HOTMAIL.COM						3106140203													
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*										*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO						*CÉDULA O NIT TERCERO													
OBJETO										PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍA DEL PROCESO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETM Y EPS EN REFERENCIA AL ASEGURAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL DEBER DE INFORMACIÓN DE LAS EPS DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.																			
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 SESENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS M/CTE (\$61.403.128), 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° 7100062375 del 29 de Enero de 2025 por valor de \$61.403.128 y Concepto Precontractual N° 0000001534 de fecha 27 de Enero de 2025 por valor de \$61.403.128. 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 SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE (\$7.675.391), 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 OCHENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (\$83.661.762) M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de VEINTIDÓS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS (\$22.258.634) M/CTE en tres (3) pagos de la siguiente manera: 1. Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día 30 del mes correspondiente. 2. Dos pagos sucesivos mensuales por valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS (\$7.675.391) M/CTE. 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		\$7.675.391															
PAGO N°		12		DE		12		BANCO		Banco BBVA																			
CUENTA N°		0389297664												Ahorros		6													
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR						ANTICIPO						VALOR															
DEPARTAMENTO		\$61.403.128						PORCENTAJE DEL ANTICIPO						0%															
								VALOR ANTICIPADO						\$0															
								VALOR DEL ANTICIPO						\$0															
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO						\$0															
ADICIÓN		DEPARTAMENTO						AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO						\$0															
		\$22.258.634						SALDO AMORTIZACIÓN						\$0															
								VALOR BRUTO A PAGAR						\$7.675.391															
								V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS						\$83.661.762															
TOTAL		\$83.661.762						SALDO POR EJECUTAR						\$0															
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			10			2025			4700011548			26			11			2025			7991097672 - 7996475594								
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		Día		Mes		Año			
		NO						11		12		2025		11				1		12		2025		31		12		2025	
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión				Cesión				Terminación Anticipada				Cambio de supervisión				Embargo				No aplica		X					
OBSERVACIONES (si se requiere)																													

06/21/6562

 Gobernación Cundinamarca		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	
SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FLORESMIRO BENAVIDES	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO (C) - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	