

526-2025



DAVIVIENDA

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	1015468074	Referencia	3100000000010101
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7750	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 3.353.631,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogísticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 10 2025
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 1-0101
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 1015468074
Nombre del Tercero: JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA

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: 4700012876
Código del Tercero: 2300044357

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 10 DE 10 SS CD PSA 526 2025

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS \$ 3.382.631

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.353.631-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	3.382.631
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	29.000-

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	2.989.948	29.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 29.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS \$ 3.353.631


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

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

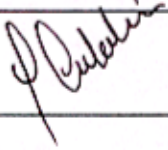
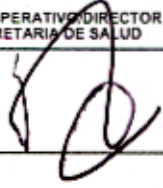
www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

290027532

 Gobernación de 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								
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		
		10	12	2025			1	4	2025			30	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-PSA-526-2025			X			JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA				1015468074						
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO						
CR 100 50 B 45 SUR SEC 3 T. 14						JES_TAT@HOTMAIL.COM				3112268483						
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO						
OBJETO		BRINDAR APOYO INTEGRAL Y SOPORTE TÉCNICO ESPECIALIZADO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES PARA LA GESTIÓN EFICIENTE DE LOS PROCESOS DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y ATENCIÓN DE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD OPERATIVA, LA CALIDAD EN EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA REQUERIDOS.														
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 VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE (\$23.678.417), 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° 7100064396 del 12 de Marzo de 2025 por valor de \$24.980.725 y Concepto Precontractual N° 0000002642 de fecha 11 de Marzo de 2025 por valor de \$24.980.725. 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 TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$3.382.631), 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 quedará así: CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de TREINTA MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$30.556.433) M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición y prórroga del contrato, la suma de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL DIECISEIS PESOS (\$6.878.016) M/CTE., en TRES (3) pagos de la siguiente manera: 1. Un primer pago proporcional al día trabajado en el mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025). 2. Dos pagos mensuales por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS (\$ 3.382.631) 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		\$3.382.631				
PAGO N°		10		DE		10		BANCO		Banco Davivienda						
CUENTA N°								488403237750				Ahorros				
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR				ANTICIPO				VALOR				
DEPARTAMENTO				\$23.678.417		PORCENTAJE DEL ANTICIPO						0%				
						VALOR ANTICIPADO						\$0				
						VALOR DEL ANTICIPO						\$0				
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO						\$0				
ADICIÓN	DEPARTAMENTO		\$6.878.016	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO								\$0				
				SALDO AMORTIZACIÓN						\$0						
				VALOR BRUTO A PAGAR						\$3.382.631						
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS						\$30.556.433						
TOTAL				\$30.556.433		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		11		2025		4700012876		28		11		2025		91562085		
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									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
						10	12	2025	9		1	12	2025	30	12	2025
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica		X		
OBSERVACIONES (si se requiere)																

8/21634

 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:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	