044. 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** | 1049637710 | **Referencia** | 3100000000010101 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX8485 | **Banco** | ITAU antes Corpbanca |
| **Valor** | $ 9.005.174,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRAD
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300174999

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Clase Documento** | **RE Factura LogisiticaMM** | **Fecha de Contabilización:** | **16.12.2025** |
| **Referencia Del Documento:** | **CTA COB 11 2025** | **Fecha Impresión de Factura:** | **16.12.2025** |
| **Centro Gestor:** | **1197.B** | **Nombre de la Dependencia:** | **SUBCUENTA OTROS GASTOS EN** |
| **Fondo:** | **1-0101** | **Nombre del Fondo:** | **Recurso ordinario interes** |
| **Verificado por:** | **KXCRUZ** | **Documento RPC:** | **4700011779** |
| **NIT del Tercero:** | **7000987649** | **Código del Tercero:** | **2300041926** |
| **Nombre del Tercero:** | **KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ** | | |

**Nombre del Alternativo:**

**Descripción:** **PAGO 12 DE 12 SS-CPS-044-2025**

**VALOR BRUTO FACTURA: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS $ 10.221.174**

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010012 | 31 | Bienes y servicios S | XACREEDOR/DEUDOR | 9.005.174- |
| 002 | 5502160001 | 81 | Servcios Profes. | 2320202008 | 10.221.174 |
| 003 | 2440800009 | 50 | Est. Adulto Mayor | XRETENCION/DEDUCCION09 | 204.000- |
| 004 | 2436270000 | 50 | Rte ICA Compras | XRETENCION/DEDUCCION08 | 69.000- |
| 005 | 2440800003 | 50 | Est. Procultura | XRETENCION/DEDUCCION09 | 102.000- |
| 006 | 2440800001 | 50 | Est. Prodesarrollo | XRETENCION/DEDUCCION09 | 204.000- |
| 007 | 2440800002 | 50 | Est. Proelectrificac | XRETENCION/DEDUCCION09 | 20.000- |
| 008 | 2440800004 | 50 | Est. Prohospitales | XRETENCION/DEDUCCION09 | 204.000- |
| 009 | 2436150000 | 50 | Rte Empleados 383 ET | XRETENCION/DEDUCCION09 | 260.000- |
| 010 | 2440800007 | 50 | Est. U. Cundinamarca | XRETENCION/DEDUCCION09 | 153.000- |

## 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% | 10.221.174 | 204.000- |
| Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM | 9.034.618 | 69.000- |
| ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1% | 10.221.174 | 102.000- |
| ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2% | 10.221.174 | 204.000- |
| Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2% | 10.221.174 | 20.000- |
| ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2% | 10.221.174 | 204.000- |
| Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19 | 1.370.059 | 260.000- |
| Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5 | 10.221.174 | 153.000- |

**VALOR DESCUENTOS: $ 1.216.000**

**VALOR NETO A PAGAR: NUEVE MILLONES CINCO MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS $ 9,005.174**

**NEIDY A. TINJACA R.**
**ORDENADOR**



2900228824

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 12 | 12 | 2025 | | 6 | 2 | 2025 | | 30 | 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-CPS-044-2025 | | X | | | KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ | 7000987649 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CR 11 18 84 | KRODRIGUEZ_BP@GMAIL.COM | 3166203634 |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORÍA EN ASUNTOS DE ORDEN JURÍDICO AL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. |
| CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | o. CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($81.769.392), 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° 7100061234 del 17 de Enero de 2025 por valor de $81.769.392 y Concepto Precontractual N° 0000000897 de fecha 16 de Enero de 2025 por valor de $81.769.392. 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 DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($10.221.174), 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.<br><br>CLAUSULA CUARTA – MODIFICAR CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CIENTO DIEZ MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS ($110.729.385) M/CTE. La Secretaria de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS ($28.959.993) MCTE 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 mensuales por valor de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($10.221.174). 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 | $10.221.174 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 12 | DE | 12 | BANCO | Banco del Credito - Helm.BANK-ITAU |
| CUENTA N° | | 291258485 | | | Ahorros |

| | NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO | $81.769.392 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | | VALOR ANTICIPADO | $0 |
| | | | VALOR DEL ANTICIPO | $0 |
| | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $0 |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $28.959.993 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $0 |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $0 |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $10.221.174 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $110.729.385 |
| | TOTAL | $110.729.385 | 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 |
| 9 | 10 | 2025 | 4700011779 | 4 | 12 | 2025 | 9496007457 |

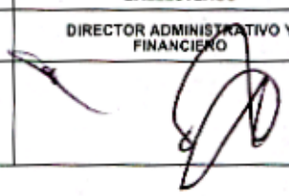
| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | | | FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | # INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | Del | | | Al | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| SI | X | | | 12 | 12 | 2025 | 11 | | 1 | 12 | 2025 | 30 | 12 | 2025 |
| NO | | | | | | | | | | | | | | |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | Terminación Anticipada | | Cambio de supervisión | | Embargo | | No aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES (si se requiere) | | | | | | | | | | | | |

999

56/216497

| 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: | SANDRA MILENA DUARTE ROA | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS |
| CARGO Y DEPENDENCIA | Jefe Oficina Asesora Salud | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: |  | FIRMA: |  | FIRMA: |  |