

714 - 2025



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 44 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 10101 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	20:11

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52484065	Referencia	31000000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2617 Banco		DAVIVIENDA
Valor	\$ 2.374.782,00 Estado		Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 16.12.2025
Referencia Del Documento: FRA BFEV 108 Fecha Impresión de Factura: 16.12.2025
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 1-0500 Nombre del Fondo: Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por: LBERNAL Documento RPC: 4600031300
NIT del Tercero: 52484065 ✓ Código del Tercero: 2300045906
Nombre del Tercero: LESLY PAOLA SANCHEZ MEDINA

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 7 DE 7 SS CD PSP 714 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS \$ 2.390.782

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.374.782- ✓
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	2.390.782
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	16.000-

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	2.113.241	16.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 16.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS \$ 2.374.782


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



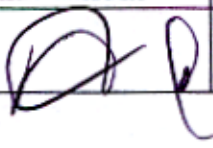
Secretaría de Hacienda

©CundGov ©CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

210028374
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

Gobernación Cundinamarca		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA						CÓDIGO: E-GCCP-FR-033							
RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 05									
						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 EMISIÓN 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			24	6	2025			8	12	2025	
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.01			
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIÓN		MODIFICA FUTURA		PREVIU EXISTENTE		CONTRATISTA - BENEFICIARIO		CÉDULA O NIT			
SS-CD-PSP-714-2025		X								LESLY PAOLA SANCHEZ MEDINA		52484005			
DIRECCIÓN						CORREO						TELÉFONO			
CRA 81 B 19 B 85 CA 84						LESLEY25@HOTMAIL.COM						6012668613			
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO						*CÉDULA O NIT TERCERO			
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS INHERENTES A PROCESOS DE CIENCIA, TECNOLOGÍA, INNOVACIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD DESDE EL COMPONENTE DE LA SALUD PÚBLICA.													
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 CUARENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL COCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MCTE (\$49.309.865), 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 COP N° 7100065962 del 19 de Mayo de 2025 por valor de \$53.792.580 y Concepto Precontractual N° 000003577 de fecha 14 de Mayo de 2025 por valor de \$53.792.580. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SIETE (7) 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. • CINCO (5) pagos sucesivos mensuales por el valor de OCHO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS MCTE (\$8.965.430), 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		1-0500		NOMBRE DEL FONDO		Ingreso Corriente de Libre Destinación				VALOR DEL PAGO		\$2.390.782			
PAGO N°		7		DE		7		BANCO		Banco Davivienda					
CUENTA N°						000470022617				Ahorros					
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR				ANTICIPO				VALOR			
DEPARTAMENTO				\$49.309.865				PORCENTAJE DEL ANTICIPO				0%			
								VALOR ANTICIPADO				\$0			
								VALOR DEL ANTICIPO				\$0			
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$0			
DEPARTAMENTO				\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0			
								BALDO AMORTIZACIÓN				\$0			
								VALOR BRUTO A PAGAR				\$2.390.782			
								VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$49.309.865			
TOTAL				\$49.309.865				BALDO 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	
16		8		2025		4600631300		4		12		2025		92107965	
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		PERIODO A CERTIFICAR	
		NO						10		12		2025		7	
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica		X	
OBSERVACIONES (si se requiere)															
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO							
NOMBRE:		RICARDO ALBERTO POBRAS LOPEZ				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS	
CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO SUBDIRECTOR GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/ DIRECTOR DAF. SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD (E)	
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:			

1
6/2/6 PM