DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 HOSP 37210 42825 10600 42830 47210 17 DIC 2025
Fecha Pago	17/12/2025
Hora Pago	17:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9003669672	**Referencia**	3100000000042825
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6025	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 344.850.140,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174257

Clase Documento	**RE Factura LogisiticaMM**	**Fecha de Contabilización:**	**15.12.2025**
Referencia Del Documento:	**FE FEV71**	**Fecha Impresión de Factura:**	**15.12.2025**
Centro Gestor:	**1197.B**	**Nombre de la Dependencia:**	**SUBCUENTA OTROS GASTOS EN**
Fondo:	**4-2825**	**Nombre del Fondo:**	**Licores extranjeros excedente**
Verificado por:	**KXCRUZ**	**Documento RPC:**	**4600031200**
NIT del Tercero:	**9003669672**	**Código del Tercero:**	**2200002375**
Nombre del Tercero:	**SISTEMAS CITISALUD S.A.S.**		

Nombre del Alternativo:

Descripción: **PAGO 3 DE 4 SS-CD-PS-688-2025**

VALOR BRUTO FACTURA: CUATROCIENTOSNUEVE MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL CIENTO CUARENTA PESOS $ 409.307.140

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	344.850.140-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2320202008	409.307.140
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	6.879.000-
004	2440800010	50	Tasa Prodeporte y Re	XRETENCION/DEDUCCION09	8.599.000-
005	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	2.373.000-
006	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	3.440.000-
007	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	6.879.000-
008	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	688.000-
009	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	6.879.000-
010	2436250000	50	IVA Retenido	XRETENCION/DEDUCCION08	9.803.000-
011	2436050000	50	Servicios	XRETENCION/DEDUCCION09	13.758.000-
012	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	5.159.000-

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%	343.955.580	6.879.000-
Pro Deporte y Recreación 2.5% - Pro Deporte y Recreación 2.5%	343.955.580	8.599.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Consul Profe,Contra 6,90xm	343.955.580	2.373.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	343.955.580	3.440.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	343.955.580	6.879.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	343.955.580	688.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	343.955.580	6.879.000-
Retención IVA bienes/servicios - Ret. IVA Servicios Reg. Común 15%	65.351.560	9.803.000-
Retención Servicios Generales - Ret. Servicios Generales Declar 4%	343.955.580	13.758.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	343.955.580	5.159.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 64.457.000

VALOR NETO A PAGAR: TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO CUARENTA PESOS $ 344.850.140

2900224484

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

688-2025

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300174257

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

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 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		10	6	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-CD-PS-688-2025	X				SISTEMAS CITISALUD S.A.S.	9003669672

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
TR 24 54 31 OF 402	SPRADA@CITISALUD.COM	3472553

SÓLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	REALIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SOPORTE, MANTENIMIENTO Y PROVEER LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CITISALUD DEL FABRICANTE O PRODUCTOR SISTEMAS CITISALUD S.A.S., PARA LAS INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA QUE ACTUALMENTE TIENEN ESTE SOFTWARE LICENCIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SÉPTIMA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato será de CUATRO MIL NOVENTA Y TRES MILLONES SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS ($4.093.071.386) M/CTE, INCLUIDO IVA, los cuales se cancelarán de la siguiente forma: PRIMER PAGO: Por DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS ($2.455.842.831) M/CTE. Del valor inicial del contrato, a la entrega de la licencia de uso y la actualización de la última versión WEB liberada por el proveedor de todos los módulos y certificadas por las Empresas Sociales del Estado beneficiadas. SEGUNDO PAGO: Por MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE MILLONES NOVECIENTOS VEINTI UN MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS ($1.227.921.415) M/CTE. del valor del contrato a los 90 días corrientes del pago de la primera factura del contrato, con las evidencias del desarrollo de las actividades de soporte, mantenimiento y actualización del sistema de información hospitalario certificadas por la supervisión del contrato. TERCER PAGO: Por CUATROCIENTOS NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL CIENTO CUARENTA PESOS ($ 409.307.140) M/CTE. del valor del contrato los cuales se cancelará previa certificación de cumplimiento firmada por los gerentes de las Empresas Sociales del Estado beneficiadas y acta de recibo a satisfacción expedida por la supervisión del contrato. Los pagos se realizarán previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato dando viabilidad al pago, presentación del informe completo de actividades desarrolladas por parte del contratista 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. Parágrafo 1.- El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. Parágrafo 2: En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de Caja –PAC, el

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	4-2825	NOMBRE DEL FONDO	Licores extranjeros excedente	VALOR DEL PAGO	$409.307.140
PAGO N°	3 DE 4	BANCO	Banco Davivienda		
CUENTA N°		008600706025		Ahorros	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$4.093.071.386	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	$0
		VALOR DEL ANTICIPO	$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$50.578.427	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	$409.307.140
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$4.093.071.386
TOTAL	$4.143.649.813	SALDO POR EJECUTAR	$50.578.427

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO
5	6	2025

NÚMERO DE RPC 4600031200

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO
30	11	2025

NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA LUISA MARIA BUELVAS

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	SI	X		10	12	2025	3		18	9	2025	5	12	2025
	NO													

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:	GERMAN AUGUSTO CLAVA AGUIRRE	NOMBRE:	Diego Fernando Charry Ballesteros	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	Asesor De Despacho	CARGO Y DEPENDENCIA	Director operativo/ director DAF Secretaria de Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

257

76/215084