



DAVIVIENDA

778-2025

### Comprobante de Pago

#### Datos del Proceso de Pago

**Nombre Empresa** DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA  
**Nombre Proceso** PAGO 15 CONTR SALUD PUBLICA 33700 43700 10101 10500 17 DIC 2025  
**Fecha Pago** 17/12/2025  
**Hora Pago** 17:50

#### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1070954300	<b>Referencia</b>	3100000000033700
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX7141	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 7.555.391,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



<b>Clase Documento</b>	RE Factura LogisiticaMM	<b>Fecha de Contabilización:</b>	15.12.2025
<b>Referencia Del Documento:</b>	CTA COB 6 2025	<b>Fecha Impresión de Factura:</b>	15.12.2025
<b>Centro Gestor:</b>	1197.01	<b>Nombre de la Dependencia:</b>	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
<b>Fondo:</b>	3-3700	<b>Nombre del Fondo:</b>	SGP salud pública
<b>Verificado por:</b>	KXCruz	<b>Documento RPC:</b>	4600031315
<b>NIT del Tercero:</b>	1070954300	<b>Código del Tercero:</b>	2300033241
<b>Nombre del Tercero:</b>	JHON ALEXANDER CHAPARRO LEMUS		

**Nombre del Alternativo:**

**Descripción:** PAGO 6 DE 7 SS-CD-PSP-718-2025

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	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	7.555.391-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	52.000-
004	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	68.000-

**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	6.784.370	52.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	357.373	68.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 120.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.555.391

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



290028338  
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321  
www.cundinamarca.gov.co  
NIT 899999114-0



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 intervinor 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 ediciones)	Día	Mes	Año
	10	12	2025		19	6	2025		18	12	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD			SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197,01
--	-------	--	--	----------------------	--	--	---------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-718-2025	X				JHON ALEXANDER CHAPARRO LEMUS	1070954300
DIRECCIÓN			CORREO			TELÉFONO
CR 15 11 109			JHONLEMON89@HOTMAIL.COM			3102288217
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

**OBJETO** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL AREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS E INTERVENCIONES EN LA POBLACIÓN CON MAL NUTRICIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

**CLAUSULA 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 SEIS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$46.052.346), 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° 7100065789 del 14 de Mayo de 2025 por valor de \$48.610.810 y Concepto Precontractual N° 0000003514 de fecha 09 de Mayo de 2025 por valor de \$48.610.810. La Secretaria 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 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 de sde 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	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	\$7.675,39
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	------------

PAGO N°	6	DE	7	BANCO	Banco Davivienda
---------	---	----	---	-------	------------------

CUENTA N°	008670497141	Ahorros
-----------	--------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$46.052.346	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	\$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$7.675.391
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$41.447.111
<b>TOTAL</b>	<b>\$46.052.346</b>	<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$4.605.235</b>

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
18	6	2025	4600031315	9	12	2025	1077651036

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	A INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del			Al		
	NO			10	12	2025			6	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	11	2025	30	11	2025

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 PORRAS LOPEZ	NOMBRE	Diego Fernando Charry Ballesteros	NOMBRE	Liliana Sofia Cepeda Amaris		
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	Director Operativo/ Director DAF, Secretaria de Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	Secretaria de Salud de Cundinamarca Encargada		

FIRMA:

FIRMA:

FIRMA:

16/215898

292