

748 - 2025



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 69 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 43700 10101 19 DIC 2025
Fecha Pago	19/12/2025
Hora Pago	19:32

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52473600	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4936	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 5.218.569,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogísticaMM Fecha de Contabilización: 18.12.2025
Referencia Del Documento: CTA COB 6 2025 Fecha Impresión de Factura: 18.12.2025
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública
Verificado por: LBERNAL Documento RPC: 4600031423
NIT del Tercero: 52473600 Código del Tercero: 2300046012
Nombre del Tercero: FRANCY EDITH BARON DIMAS

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 6 SS CD PSP 748 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS \$ 5.263.569

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	5.218.569
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	2.412.469
003	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	2.851.100
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	45.000

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Retelca Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	4.652.532	45.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 45.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS \$ 5.218.569

Neidy A. Tinjaca R.

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



00-80-CER003297 ST-CER006785 CO-84-CER101750

Secretaría de Hacienda

Cundinamarca
www.cundinamarca.gov.co

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

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

		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	
		11		12		2025				15		7		2025				24		12		2025	
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SALUD PÚBLICA COLECTIVA								SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.01							
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIÓN		VIGENCIA FUTURA		PASIVO EXIGIBLE		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT									
SS-CD-PSP-748-2025		X								FRANCY EDITH BARON DIMAS				52473600									
DIRECCIÓN										CORREO				TELÉFONO									
CL 4 73 B 51 CASA MANDALAY										FRANCY87654@GMAIL.COM				3132064347									
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*										*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO									
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN MUNICIPAL QUE CONTRIBUYAN AL CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE GÉNERO Y LGBTIQ+.																					
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 TREINTA Y CINCO MILLONES NOVENTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$35.090.459), 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° 7100066433 del 11 de Junio de 2025 por valor de \$35.090.459 y Concepto Precontractual N° 0000003654 de fecha 09 de Junio de 2025 por valor de \$35.090.459. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) 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. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE (\$6.579.461), 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		3-3700		NOMBRE DEL FONDO		SGP salud pública				VALOR DEL PAGO		\$5.263.569											
PAGO N°		6		DE		6		BANCO		Banco Davivienda													
CUENTA N°		0550488452764936										Ahorros											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR													
DEPARTAMENTO		\$35.090.459				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				\$5.263.569													
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$35.090.459													
TOTAL		\$35.090.459				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									
7		7		2025		4600031423		3		12		2025		92010724									
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		N° INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		Del		Al			
		NO						11		12		2025		6				Día		Mes		Año	
																		1		12		2025	
																		24		12		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				NOMBRE:		LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS									
CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD (E)									
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:											

78/218071