



DAVIVIENDA

0035 - 2026

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 7 CONTRATISTAS ING CORRIENTE 10500 11 FEB 2026
Fecha Pago	11/02/2026
Hora Pago	15:50

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1049637710	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8485	Banco	ITAU antes Corpbanca
Valor	\$ 7.131.528,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 1 2026
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 1-0500
Verificado por: KXCRUZ
NIT del Tercero: 7000987649
Nombre del Tercero: KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ

Fecha de Contabilización: 11.02.2026
Fecha Impresión de Factura: 11.02.2026
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: Ingreso Corriente de Libre Destinación
Documento RPC: 4600033416
Código del Tercero: 2300041926

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 11 SS-CD-PSP-0035-2026

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES CUATROCIENTOSNOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS \$ 7.495.528

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.131.528-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	7.495.528
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	72.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	51.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	36.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	72.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	7.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	72.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	54.000-

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%	3.578.449	72.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.625.387	51.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	3.578.449	36.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	3.578.449	72.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	3.578.449	7.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	3.578.449	72.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	3.578.449	54.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 364.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS \$ 7.131.528


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

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

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

2900 A7608

Gobernación de Cundinamarca		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																																			
<p>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 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.</p>																																			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN		Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO		Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)																									
		10	2	2026			9	1	2026																										
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-PSP-0035-2026	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	BRINDAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORIA EN ASUNTOS DE ORDEN JURÍDICO AL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA.																																		
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	<p>CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$102.211.740), 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° 7100075168 del 5 de enero de 2026 por valor de \$102.211.740 y Concepto Precontractual N° 0000001279 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de \$102.211.740. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La SECRETARIA DE SALUD pagará al Contratista el valor del contrato así: 1. El primer pago será proporcional a los días de servicio efectivamente prestados, desde el inicio del contrato hasta el día 30 del mes en curso. 2. NUEVE (9) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$10.221.174). 3. El último pago valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del informe del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, la certificación de recibo a legales. *Que los pagos anteriormente mencionados, estarán sujetos al PAC; El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores del Departamento de Cundinamarca.</p>																																		
FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0500	NOMBRE DEL FONDO		Ingreso Corriente de Libre Destinación			VALOR DEL PAGO		\$7.495.528																										
PAGO N°	1	DE	11	BANCO		Banco del Credito - Helm.BANK-ITAU																													
CUENTA N°		291258485						Ahorros																											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR																													
DEPARTAMENTO		\$102.211.740		PORCENTAJE DEL ANTICIPO		0%																													
				VALOR ANTICIPADO		\$0																													
				VALOR DEL ANTICIPO		\$0																													
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$0																													
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$0																													
ADICIÓN DEPARTAMENTO		\$0		SALDO AMORTIZACIÓN		\$0																													
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$7.495.528																													
				W/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$7.495.528																													
TOTAL		\$102.211.740		SALDO POR EJECUTAR		\$94.716.212																													
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																															
<table border="1" style="width:100%;"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>9</td><td>1</td><td>2026</td></tr> </table>				DÍA	MES	AÑO	9	1	2026	<table border="1" style="width:100%;"> <tr><th colspan="2">NÚMERO DE RPC</th></tr> <tr><td colspan="2">4600033416</td></tr> </table>				NÚMERO DE RPC		4600033416		<table border="1" style="width:100%;"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>12</td><td>12</td><td>2025</td></tr> </table>				DÍA	MES	AÑO	12	12	2025	<table border="1" style="width:100%;"> <tr><th colspan="2">NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</th></tr> <tr><td colspan="2">9496306397</td></tr> </table>				NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA		9496306397	
DÍA	MES	AÑO																																	
9	1	2026																																	
NÚMERO DE RPC																																			
4600033416																																			
DÍA	MES	AÑO																																	
12	12	2025																																	
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																																			
9496306397																																			
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	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del		Al																						
		NO				10	2	2026	1		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año																			
											9	1	2026	31	1	2026																			
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:		SANDRA MILENA DUARTE ROA		NOMBRE:		SANDRA MILENA DUARTE ROA		NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA																									
CARGO Y DEPENDENCIA		Jefe Oficina Asesora Salud		CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (B)		CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD																									
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:																											

06/220441