DAVIVIENDA

576-2025

# 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**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 51911135 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX5931 | **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 1.739.523,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300175596

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Clase Documento** | RE Factura LogisiticaMM | **Fecha de Contabilización:** | 17.12.2025 |
| **Referencia Del Documento:** | CTA COB 9 2025 | **Fecha Impresión de Factura:** | 17.12.2025 |
| **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:** | 4600030601 |
| **NIT del Tercero:** | 51911135 | **Código del Tercero:** | 2300038052 |
| **Nombre del Tercero:** | MARTHA JANNETH HERRERA HERNANDEZ | | |

**Nombre del Alternativo:**

**Descripción:** PAGO 9 DE 9 SS CD PSP 576 2025

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS $ 1.754.523

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 1.739.523- |
| 002 | 5502160001 | 81 | Servcios Profes. | 2320202008 | 438.631 |
| 003 | 5502160001 | 81 | Servcios Profes. | 2320202008 | 1.315.892 |
| 004 | 2436270000 | 50 | Rte ICA Compras | XRETENCION/DEDUCCION08 | 15.000- |

## DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

| Nombre del Descuento efectuado | Base Gravable aplicada | Vr del Descuento y/o Deducción |
|---|---|---|
| Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm | 1.550.844 | 15.000- |

VALOR DESCUENTOS: $ 15.000

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS $ 1.739.523

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900122901

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 12 | 12 | 2025 | | 9 | 4 | 2025 | | 8 | 12 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | SECRETARIA DE SALUD | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197.01 |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SS-CD-PSP-576-2025 | X | | | | MARTHA JANNETH HERRERA HERNANDEZ | 51911135 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 30 B SUR 8 A 13 | MARTICHERHER26@HOTMAIL.COM | 3124327894 |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES, FUNDAMENTADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, PARA FORTALECER LAS ACCIONES DE GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS REGIONES DE SALUD ASIGNADAS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. |
| 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 CINCUENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($52.635.688), 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° 7100064523 del 20 de Marzo de 2025 por valor de $52.635.688 y Concepto Precontractual N° 0000002747 de fecha 18 de Marzo de 2025 por valor de $52.635.688. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en NUEVE (9) 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. • SIETE (7) 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 | $1.754.523 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 9 | DE | 9 | BANCO | Bancolombia |
| CUENTA N° | | 61255895931 | | Ahorros | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | $52.635.688 | 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 | $1.754.523 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $50.881.165 |
| TOTAL | | $52.635.688 | SALDO POR EJECUTAR | $1.754.523 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 8 | 4 | 2025 | 4600030601 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 11 | 12 | 2025 | 7997239312 |

| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | | | FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | # INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | Del Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | X | | | 12 | 12 | 2025 | 9 | | 1 | 12 | 2025 | 31 | 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: | RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | LILIANA SOFÍA CEPEDA AMARÍS |
| 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 (E) |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

86/217356