



DAVIVIENDA

578-2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 42 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 32600 23 DIC 2025
Fecha Pago 23/12/2025
Hora Pago 10:25

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1032439564	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7229	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 8.838.468,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
 Portal Empresarial



Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	22.12.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB 9 2025	Fecha Impresión de Factura:	22.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	1-0500	Nombre del Fondo:	Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600030828
NIT del Tercero:	1032439564 ✓	Código del Tercero:	2300031292
Nombre del Tercero:	IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 9 DE 9 SS CD PSP 578 2025

VALOR BRUTO FACTURA: NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y OCHO PESOS \$ 9.880.468

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	8.838.468 ✓
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	681.411
003	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	9.199.057
004	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	198.000-
005	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	84.000-
006	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	99.000-
007	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	198.000-
008	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	20.000-
009	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	198.000-
010	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	97.000-
011	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	148.000-

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%	9.880.468	198.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	8.733.464	84.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	9.880.468	99.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	9.880.468	198.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	9.880.468	20.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	9.880.468	198.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	510.443	97.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	9.880.468	148.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 1.042.000

VALOR NETO A PAGAR: OCHO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y OCHO PESOS \$ 8.838.468

Valencia

2900231241



Secretaría de Hacienda

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

www.cundinamarca.gov.co

@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0



Gobierno de
Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300177268

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297 ST-CER655785 CO-SI-CER1017570

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



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
	11	12	2025		30	4	2025		29	12	2025

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT		
SS-CD-PSP-578-2025	X				IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI			1032439564		

DIRECCIÓN					CORREO			TELÉFONO		
CL 17 2 A 24					IVONNETTE26@HOTMAIL.COM			3133863964		

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

OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA GESTIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA FRENTE AL MONITOREO, SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL NIVEL NACIONAL.

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 OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$81.769.392), 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° 7100061329 del 20 de Enero de 2025 por valor de \$81.769.392 y Concepto Precontractual N° 0000000863 de fecha 16 de Enero de 2025 por valor de \$81.769.392. 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 DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$10.221.174), 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	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	\$9.880.468
---------------------------	--------	------------------	--	----------------	-------------

PAGO N°	9	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
---------	---	----	---	-------	------------------

CUENTA N°	0550476000107229			Ahorros
-----------	------------------	--	--	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$81.769.392	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICION DEPARTAMENTO	\$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$9.880.468
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$81.769.392
TOTAL	\$81.769.392	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
29	4	2025	4600030828	26	11	2025	1077504926-1077840037

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			11	12	2025	9		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				1	12	2025	29		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:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS		
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)		
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:			

16/718347

JOSE 2025K+

