



401-2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 15 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 43700 32600 29 DIC 2025
Fecha Pago	29/12/2025
Hora Pago	18:29

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	79691292	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5881	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 10.314.889,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: FRA EH-329
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 79691292 ✓
Nombre del Tercero: EDUARDO HEREDIA ROMERO

Fecha de Contabilización: 29.12.2025
Fecha Impresión de Factura: 29.12.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4700013242
Código del Tercero: 2300034434

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 9 DE 9 SS CD PSP 481 2025

VALOR BRUTO FACTURA: ONCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS \$ 11.297.889

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	10.314.889-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	11.297.889
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	226.000-
004	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	113.000-
005	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	226.000-
006	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	23.000-
007	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	226.000-
008	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	169.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Estampilla Bienestar del Adulto Mayor - Bienestar del Adulto Mayor 2%	11.297.889	226.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	11.297.889	113.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	11.297.889	226.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	11.297.889	23.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	11.297.889	226.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	11.297.889	169.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 983.000

VALOR NETO A PAGAR: DIEZ MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS \$ 10.314.889


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



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
	23	12	2025		18	3	2025		30	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-481-2025		X			EDUARDO HEREDIA ROMERO	79691292
--------------------	--	---	--	--	------------------------	----------

DIRECCIÓN					CORREO	TELÉFONO
-----------	--	--	--	--	--------	----------

CL 124 A 54 23 APT 201					EDUARDO.HEREDIA@CUNDINAMARCA.GOR.CO	3017910503
------------------------	--	--	--	--	-------------------------------------	------------

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 ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS MIDA Y PROGRAMA MADRE CANGURO EN LAS ESE DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
--------	---

CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de NOVENTA MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE (\$90.383.112), 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° 7100063990 del 25 de Febrero de 2025 por valor de \$90.383.112 y Concepto Precontractual N° 0000002364 de fecha 20 de Febrero de 2025 por valor de \$90.383.112. 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 ONCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$11.297.889), 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.

CLÁUSULA CUARTA – MODIFICAR CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CIENTO SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS (\$106.576.753) M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición y prórroga del contrato, la suma de DIECISEIS MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS (\$16.193.641) M/CTE., en DOS (2) pagos de la siguiente manera: 1. Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día 30 del mes correspondiente. 2. Un último pago por valor de ONCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS (\$11.297.889) M/CTE. Cada pago se realizará previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato dando viabilidad al pago, presentación del informe completo de actividades con entrega de productos por mes vencido al supervisor, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales. Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo PAC y el último pago estará sujeto al recibo a satisfacción por parte del supervisor. El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. 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).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	\$11.297.889
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	--------------

PAGO N°	9A	DE	9	BANCO	Bancolombia
---------	----	----	---	-------	-------------

CUENTA N°	44022305881	Ahorros	6
-----------	-------------	---------	---

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		\$90.383.112	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	\$0
			VALOR DEL ANTICIPO	\$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICION	DEPARTAMENTO	\$16.193.641	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	\$11.297.889
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$106.576.753
			TOTAL	\$106.576.753

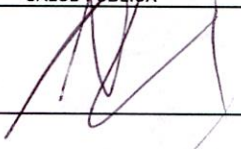
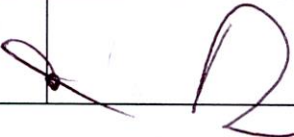
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
24	11	2025	4700013242	17	12	2025	7997205701

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			23	12	2025			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
							10		1	12	2025	30	12	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Cambio de supervisión	Embargo	No aplica	X
-----------------------	------------	--------	------------------------	-----------------------	---------	-----------	---

OBSERVACIONES (si se requiere)	
--------------------------------	--

76/209565

 Gobernación de Cundinamarca		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA		CÓDIGO: E-GCCP-FR	
				VERSIÓN: 06	
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS		FECHA: 04/09/2025	
SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
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
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	