



DAVIVIENDA

608. 2025

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	52229662	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6918	Banco	CAJA SOCIAL
Valor	\$ 2.236.087,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de
Cundinamarca

GIRADO
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300176442

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 9 2025
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: KXCruz
NIT del Tercero: 52229662
Nombre del Tercero: YANETH CARDENAS RUBIO
Fecha de Contabilización: 18.12.2025
Fecha Impresión de Factura: 18.12.2025
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600030710
Código del Tercero: 2300043489

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 9 DE 9 SS-CD-PSA-608-2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SIETE PESOS \$ 2.255.087

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.236.087
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	789.280
003	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	1.465.807
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	19.000-

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	1.993.298	19.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHENTA Y SIETE PESOS \$ 2.236.087


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



2400724800
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 8999999114-0

 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		

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		21	4	2025		20	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-PSA-606-2025	X				YANETH CARDENAS RUBIO				52229662
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO
CL 51 A 36 34 SUR					YANETHCARDENAS130@GMAIL.COM				3102433468
SOLO SE APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	PRESTAR APOYO TÉCNICO EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE Y DEL CONSUMO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA 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 VEINTISIETE MILLONES SESENTA Y UN MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$27.061.048), 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° 7100064465 del 14 de Marzo de 2025 por valor de \$27.061.048 y Concepto Precontractual N° 0000002690 de fecha 11 de Marzo de 2025 por valor de \$27.061.048. 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 TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$3.382.631), 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	\$2.255.087
PAGO N°	9	DE	9	BANCO	Banco Caja Social	
CUENTA N°	24130776918			Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$27.061.048	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	\$2.255.087
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$27.061.048
TOTAL	\$27.061.048	SALDO POR EJECUTAR	\$0

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
15	4	2025	4600030710

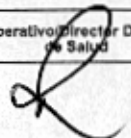
CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
9	12	2025	8391911486

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
									1	12	2025	20	12	2025

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

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

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	MARILYN ISVETH ANYUL REDONDO MONTOYA	NOMBRE:	Diego Fernando Charry Ballesteros	NOMBRE:	Liliana Sofia Cepeda Amaris
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO/SUBDIRECCIÓN DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	Director Operativo/Director DAF Secretaría de Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	Secretaría de Salud (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

442

88/217970