



DAVIVIENDA

636-2025

# Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

**Nombre Empresa** DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA  
**Nombre Proceso** PAGO 48 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 43700 32600 10500 10101 23 DIC 2025  
**Fecha Pago** 23/12/2025  
**Hora Pago** 19:37

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1026560091	<b>Referencia</b>	3100000000033700
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX9226	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 1.525.208,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM      Fecha de Contabilización: 23.12.2025  
Referencia Del Documento: CTA COB 8 2025      Fecha Impresión de Factura: 23.12.2025  
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: 4600030900  
NIT del Tercero: 1026560091      Código del Tercero: 2300044294  
Nombre del Tercero: PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 8 DE 8 SS CD PSP 636 2025

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS \$ 1.535.208

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	1.525.208
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	657.947
003	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	877.261
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	10.000

**DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:**

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	1.356.989	10.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 10.000

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS \$ 1.525.208

*Neidy A. Tinjaca R.*

NEIDY A. TINJACA R.  
ORDENADOR



CundiGov. CundiamarcaGov  
www.cundinamarca.gov.co

2000132362  
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		8	5	2025		7	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-636-2025	X				PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO	1026560091
--------------------	---	--	--	--	------------------------------	------------

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

CL 3 SUR 69 D 34 CA 15	TETE8915@HOTMAIL.COM	6012765873
------------------------	----------------------	------------

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

**OBJETO** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES, METABÓLICOS, VISUALES, AUDITIVOS Y EPOC EN LAS REGIONES DE SALUD ASIGNADAS.

**CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE (\$46.056.227), 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° 7100064528 del 20 de Marzo de 2025 por valor de \$52.635.688 y Concepto Precontractual N° 0000002754 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 OCHO (8) 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. • SEIS (6) 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	\$1.535.208
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	8	DE	8	BANCO	Banco Davivienda
---------	---	----	---	-------	------------------

CUENTA N°	0550007500829226	Ahorros
-----------	------------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
-------------------------------	-------	----------	-------

DEPARTAMENTO	\$46.056.227	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	\$1.535.208
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$46.056.227

TOTAL	\$46.056.227	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
6	5	2025	4600030900	11	12	2025	1077933142

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			8	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	12	2025	7	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: RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE: DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE: LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
--------------------------------------	---	-------------------------------------

CARGO Y DEPENDENCIA: DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA: DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF. SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD / DESPACHO/ ENCARGADA
--	---	--

FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	
--------	--	--------	--	--------	--

56/218991