495 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 56 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 10101 18 DIC 2025
Fecha Pago	18/12/2025
Hora Pago	18:23

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80357515	**Referencia**	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7614	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 2.062.255,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300175941

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	17.12.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB .10 2025	Fecha Impresión de Factura:	17.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-2600	Nombre del Fondo:	Recursos nación salud
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4700012589
NIT del Tercero:	80357515	Código del Tercero:	2300022700
Nombre del Tercero:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 10 DE 11 SS CD PSA 495 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 2.081.255

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.062.255-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	2.081.255
003	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	1.994.082	19.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS $ 2.062.255

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

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	3	2025		30	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-PSA-495-2025		X			EDGAR JHOANY GARZON DIAZ	80357515

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 2 10 37	EDGARCHATO0714@HOTMAIL.COM	3212974859

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

OBJETO	PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL ÁREA ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS.
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 QUINCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE ($15.791.818), 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° 7100064287 del 06 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818 y Concepto Precontractual N° 0000002557 de fecha 03 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818. 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 DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente prestados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca. CLAUSULA CUARTA – MODIFICAR CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($ 21.055.757) M/CTE. El valor de la presente adición es de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE $5.263.939, Suma que incluye los impuestos a que haya lugar. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato la suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE $5.263.939, en TRES (3) 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. Dos pagos mensuales por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.255.974 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	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	Recursos nación salud	VALOR DEL PAGO	$2.081.255
PAGO N°	10	DE	11	BANCO	Banco Davivienda
CUENTA N°			055045500009761		Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR
	DEPARTAMENTO	$15.791.818
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$5.263.939
	TOTAL	$21.055.757

ANTICIPO	VALOR
PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
VALOR ANTICIPADO	$0
VALOR DEL ANTICIPO	$0
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
SALDO AMORTIZACIÓN	$0
VALOR BRUTO A PAGAR	$2.081.255
V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$18.799.783
SALDO POR EJECUTAR	$2.255.974

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
27	10	2025	4700012589

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
1	12	2025	9493462707 - 1076705108

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		11	12	2025	9		1	11	2025	30	11	2025
	NO													

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	EMBARGO

76/27616

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

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:	

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300175939

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	17.12.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB 10 2025	Fecha Impresión de Factura:	17.12.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-2600	Nombre del Fondo:	Recursos nación salud
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4700012589
NIT del Tercero:	80357515	Código del Tercero:	2300022700
Nombre del Tercero:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ		

Nombre del Alternativo: JUZGADO 001 PROMISCUO MUNICIPAL 7464565

Descripción: PAGO 10 DE 11 SS CD PSA 495 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS $ 174.719

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	174.719-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	174.719

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS $ 174.719

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900229750

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	3	2025		30	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-PSA-495-2025		X			EDGAR JHOANY GARZON DIAZ	80357515

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 2 10 37	EDGARCHATO0714@HOTMAIL.COM	3212974859

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO
	JUZGADO 001 PROMISCUO MUNICIPAL	7.464.565

OBJETO	PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL ÁREA ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS.
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 QUINCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE ($15.791.818), 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° 7100064287 del 06 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818 y Concepto Precontractual N° 0000002557 de fecha 03 de Marzo de 2025 por valor de $15.791.818. 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 DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente prestados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca. CLAUSULA CUARTA – MODIFICAR CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedara así: CLAUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($ 21.055.757) M/CTE. El valor de la presente adición es de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE $5.263.939, Suma que incluye los impuestos a que haya lugar. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato la suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE $5.263.939, en TRES (3) 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. Dos pagos mensuales por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.255.974 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	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	Recursos nación salud	VALOR DEL PAGO	$174.719
PAGO N°	10E DE 11	BANCO	BANCO AGRARIO		
CUENTA N°	258152042001		Depósitos Judiciales		

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$15.791.818	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$0
			VALOR DEL ANTICIPO	$0
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$5.263.939	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$174.719
	TOTAL	$21.055.757	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$16.718.528
			SALDO POR EJECUTAR	$4.337.229

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
27	10	2025	4700012589

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
1	12	2025	9493462707 - 1076705108

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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			11	12	2025	9		1	11	2025	30	11	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo	X	No aplica	
OBSERVACIONES (si se requiere)	EMBARGO											

56/217618

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

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 SECRETARÍA DE SALUD**	CARGO Y DEPENDENCIA	**SECRETARIA DE SALUD (E)**
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	