825 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	copia_PAGO 8 HOSP Y PROVEEDORES 42801 10600 32860 37110 23 DIC 2025
Fecha Pago	23/12/2025
Hora Pago	12:04

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9014589331	**Referencia**	3100000000032830
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2268	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 138.322.086,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300177336

Clase Documento	**RE Factura LogisiticaMM**	**Fecha de Contabilización:**	**22.12.2025**
Referencia Del Documento:	**FRA RYFC 54**	**Fecha Impresión de Factura:**	**22.12.2025**
Centro Gestor:	**1197.B**	**Nombre de la Dependencia:**	**SUBCUENTA OTROS GASTOS EN**
Fondo:	**3-2830**	**Nombre del Fondo:**	**Cerveza Nacional**
Verificado por:	**LBERNAL**	**Documento RPC:**	**4600031558**
NIT del Tercero:	**9014589331**	**Código del Tercero:**	**2200006120**
Nombre del Tercero:	**RYF CONSULTORIA SAS**		

Nombre del Alternativo:

Descripción: **PAGO 6 DE 9 SS CM INV 825 2025**

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO SETENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS $ 176.644.086

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	138.322.086-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2320202008	176.644.086
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	2.969.000-
004	2440800010	50	Tasa Prodeporte y Re	XRETENCION/DEDUCCION09	3.711.000-
005	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	1.137.000-
006	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	1.484.000-
007	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	2.969.000-
008	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	297.000-
009	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	2.969.000-
010	2436030000	50	Honorarios	XRETENCION/DEDUCCION09	16.328.000-
011	2436250000	50	IVA Retenido	XRETENCION/DEDUCCION08	4.231.000-
012	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	2.227.000-

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%	148.440.408	2.969.000-
Pro Deporte y Recreación 2.5% - Pro Deporte y Recreación 2.5%	148.440.408	3.711.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	148.440.408	1.137.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	148.440.408	1.484.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	148.440.408	2.969.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	148.440.408	297.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	148.440.408	2.969.000-
Retención Honorarios - Ret. Honorarios Perosnas Jurídicas 11%	148.440.408	16.328.000-
Retención IVA bienes/servicios - Ret. IVA Servicios Reg. Común 15%	28.203.668	4.231.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	148.440.408	2.227.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 38.322.000

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO TREINTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL OCHENTA Y SEIS PESOS $ 138.322.086

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300177336

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
	18	12	2025		16	7	2025		6	3	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CM-INV-825-2025	X				RYF CONSULTORIA SAS	9014589331

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 161 20 67 OF 301	RYFSAS@GMAIL.COM	3125116337

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

OBJETO	REALIZAR, DESARROLLAR Y EJECUTAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y CONTABLE, EN REPRESENTACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA COMO ENTIDAD CONTRATANTE DEL "CONTRATO DE CONCESIÓN NO. 002 DE 2003" CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD Y LA UNIÓN TEMPORAL HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El DEPARTAMENTO - LA SECRÉTARÍA DE SALUD, pagará al contratista el valor total del contrato así: La Secretaría de Salud de Cundinamarca pagará al contratista previo cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el contrato de interventoría, el valor total del contrato en pagos mensuales iguales vencidos, los cuales se pagarán previa presentación y aprobación del informe mensual de actividades realizadas, de la certificación de cumplimiento a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, de la presentación de la factura o documento similar con el cumplimiento de los requisitos legales y de la acreditación del pago de aportes al sistema de seguridad social integral en salud, pensiones y aportes parafiscales en el período respectivo. El último pago, se efectuará previa presentación y aprobación del informe final de actividades realizadas y suscripción del acta de liquidación del contrato de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. Parágrafo 1. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. Parágrafo 2. En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de Caja –PAC, el sistema de pago utilizado por el Depart amento y será consignado a una cuenta corriente o de ahorros de las instituciones financieras que el CONTRATISTA registre en el formato titulado "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES", el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. Parágrafo 3. Los pagos a los cuales está obligado el DEPARTAMENTO, se realizarán previa radicación, de la orden de pago, y una vez agotados los requisitos a que haya lugar. Los pagos están sujetos a la disponibilidad de los recursos del DEPARTAMENTO. Lo anterior, sin perjuicio de los trámites presupuestales o financieros correspondientes a la constitución de vigencias futuras, reservas presupuestales o cualquier otro mecanismo de ejecución del presupuesto, sin los cuales no se podrá efectuar ningún pago.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-2830	NOMBRE DEL FONDO	Cerveza Nacional	VALOR DEL PAGO	$176.644.086
PAGO N°	6	DE	9	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°		24100002268			Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$1.059.864.516	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	$176.644.086
			VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$971.542.473
TOTAL		$1.059.864.516	SALDO POR EJECUTAR	$88.322.043

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
15	7	2025	4600031558

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
9	12	2025	YOLANDA ARIAS GALINDO

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			18	12	2025	6		1	12	2025	31	12	2025
NO														

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:	LUISA FERNANDA RIOS SALAS	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	Profesional Universitaria	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO / DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:	Luisa Rios	FIRMA:		FIRMA:	

06/21/8/22