

0691 - 2026



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 32 CONT SALUD PUBLICA 33700 37210 27 MARZO 2026
Fecha Pago	27/03/2026
Hora Pago	11:12

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52816389	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1693	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 6.271.055,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 26.03.2026
Referencia Del Documento: CTA COB 01 2026 Fecha Impresión de Factura: 26.03.2026
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública
Verificado por: NAPEREZ Documento RPC: 4600037101
NIT del Tercero: 52816389 Código del Tercero: 2300044326
Nombre del Tercero: ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 8 SS CD PSP 0691 2026

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS \$ 6.325.055

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.271.055-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	6.325.055
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	54.000-

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	5.590.792	54.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 54.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS \$ 6.271.055

Neidy
NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

@CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2960185 117
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
	12	3	2026		3	2	2026		2	10	2026

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-0691-2026	X				ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO	52816389
---------------------	---	--	--	--	---------------------------------------	----------

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

CL 13 01 74 PUEBLO VIEJO	ANDREARODRIGUEZ101682@GMAIL.COM	3134825361
--------------------------	---------------------------------	------------

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 PREVENCIÓN DEL RIESGO AUDITIVO EN LA POBLACIÓN DE LA ECONOMÍA POPULAR Y COMUNITARIA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO
 CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO, El valor del presente Contrato corresponde a la suma de CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$54.214.760), 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° 7100078163 del 22 de enero de 2026 por valor de \$54.214.760 y Concepto Precontractual N° 0000003200 de fecha 20 de enero de 2026 por valor de \$54.214.760. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La SECRETARIA DE SALUD pagará al Contratista el valor del contrato así: 1. El primer pago será proporcional a los días de servicio efectivamente prestados, desde el inicio del contrato hasta el día 30 del mes en curso. 2. SIETE (7) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$6.776.845). 3. El último pago será proporcional a 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 informe del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes a seguridad social, los cuales deberán cumplirlas previsiones legales. *Que los pagos anteriormente mencionados, estarán sujetos al PAC; El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores del Departamento de Cundinamarca.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	\$6.325.055
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	1	DE	8	BANCO	Bancolombia
---------	---	----	---	-------	-------------

CUENTA N°	58930681693	Ahorros
-----------	-------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$54.214.760	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	\$6.325.055
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$6.325.055
TOTAL	\$54.214.760	SALDO POR EJECUTAR	\$47.889.705

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
30	1	2026	4600037101	20	2	2026	9497460944

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			12	3	2026	1		Día Mes Año	Día Mes Año
									3 2 2026	28 2 2026

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

OBSERVACIONES (si se requiere) **Reasignación de supervisión del 2 de Marzo al 24 de marzo, con reintegro al 25 de marzo.**

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURIDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	LUIS FAIBERTH GARCIA REYES	NOMBRE:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	ASESOR	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/ DIRECTOR DAF (E)	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

B/227199