0035-2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 23 CONTRATISTAS INGRESO CORRIENTE 10500 09 ABRIL 2026
Fecha Pago	09/04/2026
Hora Pago	08:44

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1049637710	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8485	**Banco**	ITAU antes Corpbanca
Valor	$ 9.497.174,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300140777

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	08.04.2026
Referencia Del Documento:	CTA COB 03 2026	Fecha Impresión de Factura:	08.04.2026
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	1-0500	Nombre del Fondo:	Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por:	NAPEREZ	Documento RPC:	4600033416
NIT del Tercero:	7000987649	Código del Tercero:	2300041926
Nombre del Tercero:	KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 11 SS CD PSP 0035 2026

VALOR BRUTO FACTURA: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS $ 10.221.174

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	9.497.174-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	10.221.174
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	72.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	69.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	36.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	72.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	7.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	72.000-
009	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	342.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	54.000-

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%	3.578.449	72.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	9.034.618	69.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	3.578.449	36.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	3.578.449	72.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	3.578.449	7.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	3.578.449	72.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	1.800.434	342.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	3.578.449	54.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 724.000

VALOR NETO A PAGAR: NUEVE MILLONES CUATROCIENTOSNOVENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS $ 9.497.174

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900186559

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
	6	4	2026		9	1	2026		8	11	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-0035-2026	X				KATHERINE ALEJANDRA RODRIGUEZ	7000987649

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 11 18 84	KRODRIGUEZ_BP@GMAIL.COM	3166203634
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	BRINDAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORÍA EN ASUNTOS DE ORDEN JURÍDICO AL DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SALUD 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 CIENTO DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($102.211.740), 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° 7100075168 del 5 de enero de 2026 por valor de $102.211.740 y Concepto Precontractual N° 0000001279 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de $102.211.740. 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. NUEVE (9) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($10.221.174). 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	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	$10.221.174
PAGO N°	3	DE	11	BANCO	Banco del Credito - Helm.BANK-ITAU
CUENTA N°		291258485			Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$102.211.740	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	$10.221.174
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$27.937.876
	TOTAL	$102.211.740	SALDO POR EJECUTAR	$74.273.864

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
9	1	2026	4600033416

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
4	3	2026	9499904312

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			Al		
										Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			6	4	2026	3		1	3	2026	31	3	2026
NO														

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	NO APLICA

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	Jefe Oficina Asesora Salud	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (E)	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

SG/228273

#40777