



DAVIVIENDA

560-2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 48 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 32600 10500 29 DIC 2025
Fecha Pago	29/12/2025
Hora Pago	17:44

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1033679200	Referencia	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3248	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 6.534.461,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 29.12.2025
Referencia Del Documento: CTA COB 10 2025 Fecha Impresión de Factura: 29.12.2025
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: 4700013049
NIT del Tercero: 1033679200 ✓ Código del Tercero: 2300045525
Nombre del Tercero: JEIMMY ELIZABETH SANCHEZ SUAREZ

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 10 DE 10 SS CD PSP 560 2025 ✓

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.579.461

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.534.461- ✓
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	6.579.461
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	45.000-

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	5.815.665	45.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 45.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.534.461

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900133012
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									
		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			
		19	12	2025			10	4	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-PSP-560-2025			X			JEIMMY ELIZABETH SANCHEZ SUAREZ				1033679200							
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO							
CALLE 49 A 5 D 73 SUR						JEIMMYSA@HOTMAIL.COM				3002575465							
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO							
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA CONTRIBUIR A LA INTERVENCIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS. DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL 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 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° 7100064497 del 18 de Marzo de 2025 por valor de \$46.056.227 y Concepto Precontractual N° 0000002711 de fecha 13 de Marzo de 2025 por valor de \$46.056.227. 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. 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(\$ 57.241.311) CINCUENTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS M/CTE La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma ONCE MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$11.185.084) en DOS (2) pagos de la siguiente manera: 1. UN (1) primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día TREINTA (30) del mes correspondiente. 2. UN (1) pago mensual por valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS \$ (6.579.461) 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		\$6.579.461					
PAGO N°		10		DE		10		BANCO		Banco Davivienda							
CUENTA N°				009200883248						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							
ADICIÓN DEPARTAMENTO		\$11.185.084				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0							
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$0							
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$6.579.461							
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$57.241.311							
TOTAL		\$57.241.311				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			
11		11		2025		4700013049		20		11		2025		1077387567			
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				19	12	2025	9			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
						1	12	2025				30	12	2025			
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica		X			
OBSERVACIONES (si se requiere)																	

16/719478

 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	
SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	