0551 - 2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 56 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 37210 10500 16 ABRIL 2026
Fecha Pago	17/04/2026
Hora Pago	16:49

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1024482047	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX0699	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 7.833.653,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300143347

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	17.04.2026
Referencia Del Documento:	CTA COB 3 2026	Fecha Impresión de Factura:	17.04.2026
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600035928
NIT del Tercero:	1024482047	Código del Tercero:	2300046622
Nombre del Tercero:	CATALINA REYES BURITICA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 9 SS CD PSP 0551 2026

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS $ 7.905.653

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	7.833.653-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	7.905.653
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	68.000-
005	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
006	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
007	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-

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%	44.047	1.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	6.987.902	68.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	44.047	1.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	44.047	1.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	44.047	1.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 72.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS $ 7.833.653

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900189160

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
	10	4	2026		26	1	2026		25	9	2026

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-0551-2026	X				CATALINA REYES BURITICA	1024482047

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 32 17 156	CATICARE@HOTMAIL.COM	3107502330

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
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 SESENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE ($63.245.224), 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° 7100075541 del 08 de enero de 2026 por valor de $63.245.224 y Concepto Precontractual N° 0000001402 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de $63.245.224. 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 SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($7.905.653).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 termi nación 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	$7.905.653
PAGO N° 3	DE 9	BANCO	Banco Davivienda		
CUENTA N°		0570006181200699		Ahorros	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$63.245.224	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	$7.905.653
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$17.128.915
TOTAL		$63.245.224	SALDO POR EJECUTAR	$46.116.309

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
25	1	2026	4600035928	6	4	2026	1080318405

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			10	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)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTORA OPERATIVA/DIRECTORA DAF (E)	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

SG/230806