0246 - 2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 44 CONTRATISTAS ING CORRIENTE 10500 17 ABRIL 2026
Fecha Pago	17/04/2026
Hora Pago	16:49

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1015468074	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7750	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 3.589.415,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300142918

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	16.04.2026
Referencia Del Documento:	CTA COBRO NO. 3	Fecha Impresión de Factura:	16.04.2026
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:	KXCRUZ	Documento RPC:	4600034175
NIT del Tercero:	1015468074	Código del Tercero:	2300044357
Nombre del Tercero:	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 11 SS-CD-PSA-0246-2026

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOSQUINCE PESOS $ 3.619.415

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.589.415-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	3.619.415
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	30.000-

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	3.077.615	30.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 30.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSQUINCE PESOS $ 3.589.415

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

2900188799

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
	7	4	2026		16	1	2026		15	11	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-CD-PSA-0246-2026	X				JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA	1015468074

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 100 50 B 45 SUR SEC 3 T. 14	JES_TAT@HOTMAIL.COM	3112268483

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

OBJETO	Brindar apoyo integral para la atención de situaciones de urgencias, emergencias y desastres y la gestión eficiente de los procesos de referencia y contrarreferencia garantizando la continuidad operativa, la calidad en el manejo de información y el cumplimiento de los tiempos de respuesta requeridos en el Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres -CRUE.
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 TREINTA Y SEIS MILLONES CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($36.194.150), 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° 7100075654 del 6 de enero de 2026 por valor de $36.194.160 y Concepto Precontractual N° 0000000430 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de $36.194.160. 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 TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($3.619.415). 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 c orrespondientes 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	$3.619.415
PAGO N° 3	DE 11	BANCO	Banco Davivienda		
CUENTA N°	488403237750		Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$36.194.150	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	$3.619.415
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$9.169.185
TOTAL		$36.194.150	SALDO POR EJECUTAR	$27.024.965

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
16	1	2026	4600034175	2	3	2026	52411547

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			7	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:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	NOMBRE:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FIANCIERO (E)	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/230423