



DAVIVIENDA

402-2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 6 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 08 MAYO 2026
Fecha Pago	08/05/2026
Hora Pago	10:40

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52818746	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4288	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 3.739.022,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 07.05.2026
Referencia Del Documento: FRA-FS-81 Fecha Impresión de Factura: 07.05.2026
Centro Gestor: R1197.01 Nombre de la Dependencia: SALUD PUBL COLECTIVA RESERVA
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública
Verificado por: ESAFANADORP Documento RPC: 4700013576
NIT del Tercero: 52818746 Código del Tercero: 2300035207
Nombre del Tercero: FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 13 DE 13 SS-CD-PSP-402-2025

VALOR BRUTO FACTURA: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL VEINTIDOS PESOS \$ 4.124.022

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.739.022-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	4.124.022
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	82.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	28.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	41.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	82.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	8.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	82.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	62.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Estampilla Bienestar del Adulto Mayor - Bienestar del Adulto Mayor 2%	4.124.022	82.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	3.615.722	28.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	4.124.022	41.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	4.124.022	82.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	4.124.022	8.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	4.124.022	82.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	4.124.022	62.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 385.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL VEINTIDOS PESOS \$ 3.739.022

Neidy A. Tinjaca R.

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



2900192413
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

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE
CONTRATOS/CONVENIOS

CÓDIGO: E-GCCP-FR-033

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
	5	5	2026		28	2	2025		15	1	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	R1197.01
--	---------------------	----------------------	----------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-402-2025		X			FEDRA PAOLA SANCHEZ RODRIGUEZ	52818746

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 70 B 24 D 22 T.3 AP 1101	DRAFEDRA@GMAIL.COM	3002903173

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

OBJETO PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PROPENDAN POR EL FORTALECIMIENTO, MEDIANTE EL ANÁLISIS DE CASOS ESPECIALES Y MORTALIDADES CONSECUENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA 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 SESENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRES CIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$65.984.344), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARÍA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal COP N° 7160063714 del 18 de Febrero de 2025 por valor de \$65.984.344 y Concepto Precontractual N° 0303002115 de fecha 11 de Febrero de 2025 por valor de \$65.984.344. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en NUEVE (9) 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. • SIETE (7) pagos sucesivos mensuales por el valor de OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$8.248.043) M/CTE. • Un último pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio del contrato hasta el último 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.

CLÁUSULA CUARTA - MODIFICAR CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedará así: CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de (\$ 93.680.169) OCHENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato la suma DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE (\$17.595.825) en TRES (3) pagos de la siguiente manera: 1. UN (1) primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la adición y prórroga, hasta el día TREINTA (30) del mes correspondiente. 2. UN (1) pago por valor de OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS (\$ 8.248.043) M/CTE. 3. Un último pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio del contrato hasta el último 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.

CLÁUSULA CUARTA - MODIFICAR CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: La cual quedará así: CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS M/CTE (\$87.704.191) La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato la suma CUATRO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE (\$4.124.022) en UN (1) pago de la siguiente manera: 1. Un único pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el último día de esta. 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 y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). 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	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	\$4.124.022
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	13	DE	13	BANCO	Banco Davivienda
---------	----	----	----	-------	------------------

CUENTA N°	0550009200384288	Ahorros
-----------	------------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO		VALOR
		ANTICIPO	VALOR	
DEPARTAMENTO	\$65.984.344	PORCENTAJE DEL ANTICIPO		0%
		VALOR ANTICIPADO		\$0
		VALOR DEL ANTICIPO		\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	\$21.719.847	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN		\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR		\$4.124.022
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$87.704.191
TOTAL	\$87.704.191	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
23	12	2025	4700013576	2	1	2026	92306155 - 1048936

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			27	4	2026			12	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	1	2026	15	1	2026

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:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA 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:	
--------	--	--------	--	--------	--

56/234093

6