



DAVIVIENDA

0672-2026

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

| | |
|-----------------------|---|
| Nombre Empresa | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| Nombre Proceso | PAGO 21 CONTRATISTAS INGRESO CORRIENTE 10500 08 MAYO 2026 |
| Fecha Pago | 08/05/2026 |
| Hora Pago | 10:40 |

Detalle Proceso de Pago

| | | | |
|--|------------------|-------------------|------------------|
| Nit Destino | 1010029954 | Referencia | 3100000000010500 |
| Nombre | | | |
| No. Producto o Servicio Destino | XXXXXXXXXXXX4919 | Banco | NU |
| Valor | \$ 4.369.842,00 | 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: CTA-COB 4-2026 Fecha Impresión de Factura: 07.05.2026
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: ESAFANADORP Documento RPC: 4600036379
NIT del Tercero: 1010029954 Código del Tercero: 2300037755
Nombre del Tercero: JULIAN ALEJANDRO MONTOYA LEON

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 11 SS-CD-PSA-672-2026

VALOR BRUTO FACTURA: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS \$ 4.399.842

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|----------|------------|-------|--------------------|------------------------|------------|
| 001 | 2490540000 | 31 | Honorarios | XACREEDOR/DEUDOR | 4.369.842- |
| 002 | 5502160001 | 81 | Servicios Profes. | 2320202008 | 4.399.842 |
| 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 Dedución |
|---|------------------------|-------------------------------|
| Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM | 3.881.460 | 30.000- |

VALOR DESCUENTOS: \$ 30.000

VALOR NETO A PAGAR: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS \$ 4.369.842

Amir

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER300297 ST-CER655785 CO-SI-CER1017570

Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900192529

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 | | |
| | 4 | 5 | 2026 | | 29 | 1 | 2026 | | 28 | 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-PSA-0672-2026 | X | | | | JULIAN ALEJANDRO MONTOYA LEON | | | | 1010029954 | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | CORREO | | | | TELÉFONO | | | | |
| CL 6 7 60 | | | | | JULIANMONTOYA821@GMAIL.COM | | | | 3193849965 | | | | |
| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | | | | | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | | | | *CÉDULA O NIT TERCERO | | | | |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES, POSTCONTRACTUALES Y JURÍDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. | | | | | | | | | | | | |
| 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 CUARENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$43.998.420), 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° 7100078353 del 23 de enero de 2026 por valor de \$43.998.421 y Concepto Precontractual N° 0000003443 de fecha 22 de enero de 2026 por valor de \$43.998.421. 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 CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$4.399.842). 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 | \$4.399.842 | | | | | |
| PAGO N° | 4 | DE | 11 | BANCO | NU BANK Colombia Compañía de Financiamiento | | | | | | | | |
| CUENTA N° | 22104919 | | | | Ahorros | | | | | | | | |
| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | | | | ANTICIPO | | | | VALOR | | | | |
| DEPARTAMENTO | \$43.998.420 | | | | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | | | | 0% | | | | |
| | | | | | VALOR ANTICIPADO | | | | \$0 | | | | |
| | | | | | VALOR DEL ANTICIPO | | | | \$0 | | | | |
| | | | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | | | | \$0 | | | | |
| ADICION | \$0 | | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | | | | \$0 | | | | |
| | | | | | SALDO AMORTIZACIÓN | | | | \$0 | | | | |
| | | | | | VALOR BRUTO A PAGAR | | | | \$4.399.842 | | | | |
| | | | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | | | | \$13.492.849 | | | | |
| TOTAL | \$43.998.420 | | | | SALDO POR EJECUTAR | | | | \$30.505.571 | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 27 | 1 | 2026 | 4600036379 | 22 | 4 | 2026 | 9502099023 | | | | | | |
| 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 | | | 4 | 5 | 2026 | 4 | | Día | Mes | Año | | |
| | | | | | | | | | 1 | 4 | 2026 | | |
| | | | | | | | | | 30 | 4 | 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: | RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ | | | | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | | | | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA | | |
| CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA | | | | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO | | | | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD | | |
| FIRMA: | | | | | FIRMA: | | | | | FIRMA: | | | |

06/233 851