



# DAVIVIENDA

0206. 2026

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO 32 CONT SALUD PUBLICA 33700 37210 27 MARZO 2026
<b>Fecha Pago</b>	27/03/2026
<b>Hora Pago</b>	11:12

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1032439564	<b>Referencia</b>	3100000000033700
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX7229	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 9.314.468,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM      Fecha de Contabilización: 26.03.2026  
Referencia Del Documento: CTA COB 01 2026      Fecha Impresión de Factura: 26.03.2026  
Centro Gestor: 1197.01      Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA  
Fondo: 3-3700      Nombre del Fondo: SGP salud pública  
Verificado por: NAPEREZ      Documento RPC: 4600035888  
NIT del Tercero: 1032439564      Código del Tercero: 2300031292  
Nombre del Tercero: IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 9 SS CD PSP 0206 2026 ✓

VALOR BRUTO FACTURA: NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y OCHO PESOS \$ 9.880.468

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	9.314.468-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	9.880.468
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	42.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	84.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	21.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	42.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	4.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	42.000-
009	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	299.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	32.000-

**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%	2.102.288	42.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	8.733.464	84.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	2.102.288	21.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	2.102.288	42.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	2.102.288	4.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	2.102.288	42.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	1.574.568	299.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	2.102.288	32.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 566.000

VALOR NETO A PAGAR: NUEVE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y OCHO PESOS \$ 9.314.468

*Neidy A. Tinjaca R.*  
NEIDY A. TINJACA R.  
ORDENADOR

2900185100



Secretaría de Hacienda

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
	11	3	2026		2	2	2026		1	10	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.01
--	---------------------	--	--	--	----------------------	---------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-0206-2026	X				IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI	1032439564
DIRECCIÓN			CORREO			TELÉFONO
CL 17 2 A 24			IVONNETTE26@HOTMAIL.COM			3133863964
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

**OBJETO** Prestar los servicios profesionales especializados, para la gestión y seguimiento de eventos de interés en salud pública de acuerdo con lo dispuesto en los Lineamientos nacionales.

**CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO.** El valor del presente Contrato corresponde a la suma de OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$81.769.392), 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 CDP N° 7100075945 del 7 de enero de 2026 por valor de \$81.769.392 y Concepto Precontractual N° 0000000947 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de \$81.769.392. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La SECRETARÍA 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 DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$10.221.174). 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 cumplir las 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	\$9.880.468
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	1	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
---------	---	----	---	-------	------------------

CUENTA N°	0550476000107229			Ahorros
-----------	------------------	--	--	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$81.769.392	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	\$9.880.468
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$9.880.468
<b>TOTAL</b>	<b>\$81.769.392</b>	<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$71.888.924</b>

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	4600035888	25	2	2026	1079896634

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			11	3	2026	1		2	2	2026	28	2	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:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (E).	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

# 9990

56/22 7104