



DAVIVIENDA

334-2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 28 CONTR SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 11 DIC 2025
Fecha Pago 11/12/2025
Hora Pago 16:22

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80057804	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX0866	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 6.954.391,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 11.12.2025
Referencia Del Documento: CTA COB 11 2025 Fecha Impresión de Factura: 11.12.2025
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: 4700012834
NIT del Tercero: 80057804 Código del Tercero: 2300038121
Nombre del Tercero: GUILLERMO GUTIERREZ TORRES

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 11 DE 12 SS CD PSP 334 2025

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.675.391

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.954.391-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	154.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	52.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	77.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	154.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	15.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	154.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	115.000-

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%	7.675.391	154.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.784.370	52.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	7.675.391	77.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	7.675.391	154.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	7.675.391	15.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	7.675.391	154.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	7.675.391	115.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 721.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 6.954.391


LILIANA S. CEPEDA A.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



DO-SC-CER300297 ST-CER865785 CO-SI-CER1017570



 CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

200825237
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

Departamento de Cundinamarca

Estampillas Departamentales



\$669,000

Nombre: GUILLERMO GUTIERREZ TORRES
NIT: 80057804

Bienestar del Adulto Mayor	\$154,000
Pro-Cultura	\$77,000
Pro-Desarrollo Departamental	\$154,000
Pro-Hospitales	\$154,000
Pro Electrificación Rural	\$15,000
Pro-Universidad Cundinamarca (UDEC)	\$115,000
Tasa pro-deporte	\$0



3300172240



Gobernación
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
	2	12	2025		25	2	2025		30	12	2025

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-334-2025		X			GUILLERMO GUTIERREZ TORRES			80057804		

DIRECCIÓN					CORREO			TELÉFONO		
KR 72 B 6 D 73 INT 231					GUTIERREZGT80@GMAIL.COM			3102116120		

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

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA GESTIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA FRENTE AL MONITOREO, SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL NIVEL NACIONAL.

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de SESENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS M/CTE (\$61.403.128), 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° 7100063344 del 12 de Febrero de 2025 por valor de \$61.403.128 y Concepto Precontractual N° 0000002048 de fecha 10 de Febrero de 2025 por valor de \$61.403.128. 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 SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE (\$7.675.391), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de 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 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 quedara así: CLÁUSULA 6 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de SETENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS (\$78.288.988) M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS (\$16.885.860) M/CTE., 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 presente adición y prórroga, hasta el día TREINTA (30) del mes correspondiente. 2. DOS (2) pagos mensuales por valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS (\$7.675.391) M/CTE. 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 por parte del supervisor. 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	\$7.675.391
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	11	DE	12	BANCO	Banco Davivienda
---------	----	----	----	-------	------------------

CUENTA N°	005300410866	Ahorros	6
-----------	--------------	---------	---

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$61.403.128	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	\$16.885.860	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$7.675.391
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$70.613.597
TOTAL	\$78.288.988	SALDO POR EJECUTAR	\$7.675.391

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
4	11	2025	4700012834	2	12	2025	91915777

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			2	12	2025			10	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	11	2025	30	11	2025

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Cambio de supervisión	Embargo	No aplica	X
-----------------------	------------	--------	------------------------	-----------------------	---------	-----------	---

OBSERVACIONES (si se requiere)

16/2/2024



Gobernación
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

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:	