



0245-2026

DAVIVIENDA

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO 19 CONTRATISTAS INGRESO CORRIENTE 10500 19 MAYO 2026
<b>Fecha Pago</b>	19/05/2026
<b>Hora Pago</b>	12:23

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	79162901	<b>Referencia</b>	3100000000010500
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX0993	<b>Banco</b>	BANCOLOMBIA
<b>Valor</b>	\$ 5.362.835,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM      Fecha de Contabilización: 15.05.2026  
Referencia Del Documento: CTA COB 4 2026      Fecha Impresión de Factura: 15.05.2026  
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: LBERNAL      Documento RPC: 4600037143  
NIT del Tercero: 79162901      Código del Tercero: 2300045666  
Nombre del Tercero: MARCO NEL VARGAS MONTAÑO

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 11 SS CD PSP 0245 2026

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS \$ 5.366.835

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	5.362.835-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	5.366.835
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	4.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	447.241	4.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 4.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS \$ 5.362.835

*Handwritten signature*

NEIDY A. TINJACA R.  
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA

Secretaría de Hacienda

www.cundinamarca.gov.co

2900194859  
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	5	2026		30	1	2026		29	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-PSP-0245-2026	X				MARCO NEL VARGAS MONTAÑO	79162901
DIRECCIÓN				CORREO		TELÉFONO
CRA 72 C 22 A 77				NELSONVM65@GMAIL.COM		3197433633
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*				*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		*CÉDULA O NIT TERCERO

**OBJETO** Brindar el soporte profesional en los procesos administrativos relacionados a los trámites correspondientes a la planeación, organización, realización de estudios previos, aspectos pre contractuales del recurso físico y tecnológico, para la contratación y/o elaboración de proyectos de inversión y gestión de manera oportuna para el Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres – CRUE de la Secretaría de Salud.

**CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO.** El valor del presente Contrato corresponde a la suma de CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$53.668.350), 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° 7100078130 del 21 de enero de 2026 por valor de \$53.668.350 y Concepto Precontractual N° 0000003009 de fecha 19 de enero de 2026 por valor de \$53.668.350. 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. NUEVE (9) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$5.366.835). 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	\$5.366.835
---------------------------	--------	------------------	--	----------------	-------------

PAGO N°	4	DE	11	BANCO	Bancolombia
---------	---	----	----	-------	-------------

CUENTA N°	46755300993	Ahorros
-----------	-------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$53.668.350	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
DEPARTAMENTO	\$0	SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$5.366.835
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$16.279.399
<b>TOTAL</b>	<b>\$53.668.350</b>	<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$37.388.951</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
30	1	2026	4600037143	15	4	2026	69013339

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			7	5	2026			4	Día	Mes	Año	Día	Mes
									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:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD

FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	
--------	--	--------	--	--------	--

56/235524