



DAVIVIENDA

373-2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 42 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 43700 10500 32600 23 DIC 2025
Fecha Pago 23/12/2025
Hora Pago 10:25

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1024472196	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7412	Banco	ITAU antes Corpbanca
Valor	\$ 7.461.043,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	22.12.2025
Referencia Del Documento:	FRA CASR166	Fecha Impresión de Factura:	22.12.2025
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:	4700012783
NIT del Tercero:	1024472196	Código del Tercero:	2300035206
Nombre del Tercero:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 12 DE 12 SS CD PSP 373 2025

VALOR BRUTO FACTURA: OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS \$ 8.248.043

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.461.043-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	8.248.043
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	165.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	70.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	82.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	165.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	16.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	165.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	124.000-

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%	8.248.043	165.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	7.290.544	70.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	8.248.043	82.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	8.248.043	165.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	8.248.043	16.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	8.248.043	165.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	8.248.043	124.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 787.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES CUATROCIENTOSSESENTA Y UN MIL CUARENTA Y TRES PESOS \$ 7.461.043

Neidy A. Tinjaca R.

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

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

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

2900231265

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
	12	12	2025		27	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-373-2025		X			CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS			1024472196
DIRECCIÓN					CORREO			TELÉFONO
CL 47 A SUR 26 86					CSOLORZANOR@UNAL.EDU.CO			3133100993
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS A LA SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA 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 PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

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 TRESCIENTOS 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 CDP N° 7100063624 del 17 de Febrero de 2025 por valor de \$65.984.344 y Concepto Precontractual N° 000002114 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), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días de servicio efectivamente pr estados 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 OCHENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE (\$83.580.169), La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato la suma de DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE (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 presente adición y prórroga, hasta el día TREINTA (30) del mes correspondiente. 2. DOS (2) pagos mensuales por valor de OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS MCTE (\$8.248.043) 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	\$8.248.043
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	12	DE	12	BANCO	BANCO ITAU CORPOBANCA COLOMBIA S.A
---------	----	----	----	-------	------------------------------------

CUENTA N°	765067412	Ahorros
-----------	-----------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$65.984.344	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	\$17.595.825	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$8.248.043
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$83.580.169
TOTAL	\$83.580.169	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
31	10	2025	4700012783	2	12	2025	91923439

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

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

OBSERVACIONES (si se requiere)

86/218678



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

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	