



0536-2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 53 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 27 MAYO 2026
Fecha Pago	27/05/2026
Hora Pago	12:17

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1001054447	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2918	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 5.925.367,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 25.05.2026
Referencia Del Documento: CTA.COB 3-2026 Fecha Impresión de Factura: 25.05.2026
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública
Verificado por: ESAFANADORP Documento RPC: 4600036053
NIT del Tercero: 1001054447 Código del Tercero: 2300040227
Nombre del Tercero: DIEGO JOSE ROMERO CASTAÑEDA

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 9 SS-CD-PSP-0536-2026

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS \$ 5.975.367

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	5.925.367
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	5.975.367
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	50.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteca Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	5.177.727	50.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 50.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS \$ 5.925.367


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



2900196682
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0



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.



Table with columns for FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN (Día, Mes, Año) and FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones) (Día, Mes, Año).

Table with columns: SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA, SALUD PÚBLICA COLECTIVA, SECCIÓN PRESUPUESTAL, and value 1197.01.

Table with columns: CONTRATO N°, PRINCIPAL, ADICIÓN, VIGENCIA FUTURA, PASIVO EXIGIBLE, CONTRATISTA - BENEFICIARIO, and CÉDULA O NIT.

Table with columns: DIRECCIÓN, CORREO, and TELÉFONO.

Table with columns: SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*, *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO, and *CÉDULA O NIT TERCERO.

OBJETO: Prestar servicios profesionales en el marco de la gestión de la salud pública para el análisis y sostenimiento del sistema de información SURVEY 123 FOR ArcGIS-Ficha AIEPI frente al seguimiento nominal de los cursos de vida primera infancia e infancia en el departamento de Cundinamarca.

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$47.802.936), 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° 7100077467 del 16 de enero de 2026 por valor de \$47.802.936 y Concepto Precontractual N° 0000002577 de fecha 13 de enero de 2026 por valor de \$47.802.936. 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. SIETE (7) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de CINCO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$5.975.367). 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 provisiones 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.

Table with columns: FONDO DEL PAGO A REALIZAR, NOMBRE DEL FONDO, VALOR DEL PAGO.

Table with columns: PAGO N°, DE, BANCO, Ahorros.

Table with columns: CUENTA N°, VALOR, ANTICIPO, VALOR.

Table with columns: DEPARTAMENTO, VALOR, ANTICIPO, VALOR, AMORTIZACIÓN ANTICIPO, AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO, SALDO AMORTIZACIÓN, VALOR BRUTO A PAGAR, VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS, SALDO POR EJECUTAR.

Table with columns: REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA (DÍA, MES, AÑO, NÚMERO DE RPC) and CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL (DÍA, MES, AÑO, NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA).

Table with columns: 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, DÍA, MES, AÑO, DÍA, MES, AÑO.

Table with columns: NOVEDADES AL CONTRATO, Suspensión, Cesión, Terminación Anticipada, Cambio de supervisión, Embargo, No aplica, X.

OBSERVACIONES (si se requiere)

Table with columns: SUPERVISOR/INTERVENTOR, ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN, ORDENADOR DEL GASTO.

Table with columns: NOMBRE, RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ, NOMBRE, DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS, NOMBRE, LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS.

Table with columns: CARGO Y DEPENDENCIA, DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, CARGO Y DEPENDENCIA, DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO, CARGO Y DEPENDENCIA, SECRETARIA DE SALUD (E).

Table with columns: FIRMA, [Signature], FIRMA, [Signature], FIRMA, [Signature].

05-990400

06/236666