



DAVIVIENDA

469- 2025

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 43 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 32600 10500 10101 23 DIC 2025
Fecha Pago	23/12/2025
Hora Pago	13:47

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1019033250	Referencia	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7757	Banco	BANCO AGRARIO
Valor	\$ 2.236.974,00	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: CTA COB 10 2025 Fecha Impresión de Factura: 22.12.2025
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 3-2600 Nombre del Fondo: Recursos nación salud
Verificado por: LBERNAL Documento RPC: 4700012370
NIT del Tercero: 1019033250 Código del Tercero: 2300036669
Nombre del Tercero: JOHAN ALEXIS HOYOS TOVAR

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 10 DE 11 SS CD PSA 469 2025

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS \$ 2.255.974

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.236.974
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	2.255.974
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	19.000-

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	1.994.082	19.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS \$ 2.236.974


NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

©CundinamarcaGov ©CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

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			FECHA DE INICIO DEL CONTRATO			FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
10	12	2025	18	3	2025	30	12	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL		1197.01
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO		CÉDULA O NIT	
SS-CD-PSA-469-2025		X			JOHAN ALEXIS HOYOS TOVAR		1019033250	
DIRECCIÓN					CORREO		TELÉFONO	
CR 3 7 12					ALEHOYOS1@HOTMAIL.COM		3153809605	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		*CÉDULA O NIT TERCERO	

OBJETO	PRESTAR APOYO EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL ÁREA ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS.
--------	--

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de QUINCE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE (\$15.791.818), 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° 7100064297 del 06 de Marzo de 2025 por valor de \$15.791.818 y Concepto Precontractual N° 0000002546 de fecha 03 de Marzo de 2025 por valor de \$15.791.818. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en OCHO (8) 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. • SEIS (6) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$2.255.974), 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 VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS (\$21.281.355) M/CTE. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato la suma de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS (\$5.489.537) M/CTE, en TRES (3) pagos de la siguiente manera: 1. Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el inicio de la presente adición y prórroga, hasta el día 30 del mes correspondiente. 2. Dos pagos mensuales por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS \$ 2.255.974 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	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	Recursos nación salud	VALOR DEL PAGO	\$2.255.974
PAGO N°	10 DE 11	BANCO	Banco Agrario		
CUENTA N°	431902037757			Ahorros	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$15.791.818	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	\$5.489.537	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$2.255.974
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$19.025.381
TOTAL	\$21.281.355	SALDO POR EJECUTAR	\$2.255.974

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA		
DÍA	MES	AÑO
20	10	2025
NÚMERO DE RPC		
4700012370		

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL		
DÍA	MES	AÑO
4	11	2025
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA		
35207993		

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	PERÍODO A CERTIFICAR	Del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				10	12	2025	9		1	11	2025	30	11	2025

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

OBSERVACIONES (si se requiere)

86/218791



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:	