0643-2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 14 CONTRATISTAS ING CORRIENTE 10500 37210 27 MAYO 2026
Fecha Pago	27/05/2026
Hora Pago	10:42

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1072190450	**Referencia**	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5561	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 8.035.043,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300149202

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	25.05.2026
Referencia Del Documento:	CTA COB 04 2026	Fecha Impresión de Factura:	25.05.2026
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:	NAPEREZ	Documento RPC:	4600036567
NIT del Tercero:	10721904508	Código del Tercero:	2300025800
Nombre del Tercero:	ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 11 SS CD PSP 0643 2026

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	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	8.035.043-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	8.248.043
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	36.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	56.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	18.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	36.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	4.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	36.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	27.000-

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%	1.784.694	36.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	7.290.544	56.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	1.784.694	18.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	1.784.694	36.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	1.784.694	4.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	1.784.694	36.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	1.784.694	27.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 213.000

VALOR NETO A PAGAR: OCHO MILLONES TREINTA Y CINCO MIL CUARENTA Y TRES PESOS $ 8.035.043

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

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
	4	5	2026		2	2	2026		1	12	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-0643-2026	X				ANGY LIZBETH XIOMARA CATALINA CAMACHO CASTELLANOS	10721904508

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CR 7 5A 05		3178949968

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

OBJETO	PRESTAR EN LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE ($82.480.430), 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° 7100077572 del 19 de enero de 2026 por valor de $82.480.430 y Concepto Precontractual N° 0000002167 de fecha 8 de enero de 2026 por valor de $82.480.430. 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. NUEVE (9) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE ($8.248.043). 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	$8.248.043
PAGO N° 4	DE 11	BANCO	Bancolombia		
CUENTA N°	94532025561		Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$82.480.430	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	$0
		VALOR DEL ANTICIPO	$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$0
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	$8.248.043
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$24.469.194
TOTAL	$82.480.430	SALDO POR EJECUTAR	$58.011.236

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
29	1	2026	4600036567

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
30	4	2026	78742115

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 Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			4	5	2026	3		1	4	2026	30	4	2026

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	Se deja constancia de que tanto el informe de actividades como las evidencias son revisados por la abogada de la Dirección de Salud Pública, Lorena Toledo, quien verifica que dichas evidencias serán cargadas a la plataforma SECOP

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTORA OPERATIVA / DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/236675

#49202