0427-2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 60 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 27 MAYO 2026
Fecha Pago	27/05/2026
Hora Pago	12:17

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20767812	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX2407	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 3.589.415,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300148634

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	21.05.2026
Referencia Del Documento:	CTA COB 03 2026	Fecha Impresión de Factura:	21.05.2026
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	NAPEREZ	Documento RPC:	4600035771
NIT del Tercero:	20767812	Código del Tercero:	2300020894
Nombre del Tercero:	BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 9 SS CD PSA 0427 2026

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOSQUINCE PESOS $ 3.619.415

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	3.589.415-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	3.619.415
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	30.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	3.111.254	30.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 30.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSQUINCE PESOS $ 3.589.415

LILIANA S. CEPEDA A.
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

[redacted]rito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación nsultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El limiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el limiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece anual de gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de ndinamarca.

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
	6	5	2026		2	2	2026		1	10	2026

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-0427-2026	X				BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ	20767812

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CLL 3 5 39	BIBIANAR2023@GMAIL.COM	3212017999
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TÉCNICO PARA EJECUTAR ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS NACIONALES..
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 VEINTIOCHO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($28.955.320), 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° 7100076460 del 9 de enero de 2026 por valor de $28.955.320 y Concepto Precontractual N° 0000002104 de fecha 8 de enero de 2026 por valor de $28.955.320. 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 TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($3.619.415). 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 apo rtes 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	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	$3.619.415
PAGO N°	3	DE	9	BANCO	Bancolombia
CUENTA N°	89229992407				Ahorros

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$28.955.320	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	$3.619.415
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$10.737.598
	TOTAL	$28.955.320	SALDO POR EJECUTAR	$18.217.722

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
24	1	2026	4600035771

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
17	4	2026	9501654405

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			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
	SI	X		6	5	2026	3		1	4	2026	30	4	2026
	NO													

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:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

[redacted]