



0580-2026

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	1065569113	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1074	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 7.833.653,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 26.05.2026
Referencia Del Documento: CTA COB 3 2026 Fecha Impresión de Factura: 26.05.2026
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública
Verificado por: LBERNAL Documento RPC: 4600036692
NIT del Tercero: 10655691134 Código del Tercero: 2300033204
Nombre del Tercero: WENDY YULIETH LEMUS PACHECO

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 9 SS CD PSP 0580 2026 ✓

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS \$ 7.905.653

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	7.833.653-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	7.905.653
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	68.000-
005	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
006	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
007	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Estampilla Bienestar del Adulto Mayor - Bienestar del Adulto Mayor 2%	44.047	1.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	6.987.902	68.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	44.047	1.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	44.047	1.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	44.047	1.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 72.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS \$ 7.833.653

Neidy A. Tinjaca R.

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

📍/CundiGov 📧@CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900196870
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	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	20	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-PSP-0580-2026	X				WENDY YULIETH LEMUS PACHECO	10655691134

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CRA 81 B 6 C 10	WLEMUSEPIDEMIOLOGA24@GMAIL.COM	3012101454

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

OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS INHERENTES A LOS PROCESOS DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTEXTO DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO Y LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD PRIORIZADAS

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 SESENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE (\$63.245.224), 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° 7100077544 del 19 de enero de 2026 por valor de \$63.245.224 y Concepto Precontractual N° 0000002730 de fecha 15 de enero de 2026 por valor de \$63.245.224. 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 SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$7.905.653). 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	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP salud pública	VALOR DEL PAGO	\$7.905.653
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	3	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
---------	---	----	---	-------	------------------

CUENTA N°	0550488412161074	Ahorros
-----------	------------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$63.245.224	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	\$7.905.653
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$23.453.437
TOTAL	\$63.245.224	SALDO POR EJECUTAR	\$39.791.787

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
29	1	2026	4600036692	12	5	2026	9502946698

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			13	5	2026			3	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	4	2026	30	4	2026

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:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD (E)
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

06/037118