



DAVIVIENDA

0615-2026

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO 7 CONTRATISTAS ING CORRIENTE 10500 29 MAYO 2026
<b>Fecha Pago</b>	29/05/2026
<b>Hora Pago</b>	12:58

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	52082415	<b>Referencia</b>	3100000000010500
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX0970	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 8.507.430,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 28.05.2026  
Referencia Del Documento: CTA COB 04 2026 Fecha Impresión de Factura: 28.05.2026  
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: 4600037427  
NIT del Tercero: 52082415 Código del Tercero: 2300044113  
Nombre del Tercero: TATIANA LUCIA SANCHEZ PRIETO

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 11 SS CD PSP 0615 2026

VALOR BRUTO FACTURA: OCHO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOSTREINTA PESOS \$ 8.965.430

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	8.507.430-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	8.965.430
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	49.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	61.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	24.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	49.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	5.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	49.000-
009	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	184.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	37.000-

**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%	2.436.864	49.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	7.924.651	61.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	2.436.864	24.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	2.436.864	49.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	2.436.864	5.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	2.436.864	49.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	967.958	184.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	2.436.864	37.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 458.000

VALOR NETO A PAGAR: OCHO MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOSTREINTA PESOS \$ 8.507.430

*Neidy A. Tinjaca R.*  
NEIDY A. TINJACA R.  
ORDENADOR

**GIRADO**  
TESORERIA

Secretaría de Hacienda

2900197164  
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SG-CER003297 ST-CER656785 CO-SI-CER1017570

@CundiGov @CundinamarcaGov  
www.cundinamarca.gov.co



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		30	1	2026		29	11	2026			
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	OTROS GASTOS EN SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.B					
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT					
SS-CD-PSP-0615-2026	X				TATIANA LUCIA SANCHEZ PRIETO				52082415					
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO					
CL 39 A 23 46					TATIANALUCIASP@GMAIL.COM				3685391					
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO					
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL ÁREA JURÍDICA A LA DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, PARA LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS ADELANTADOS POR PRESUNTOS INCUMPLIMIENTOS DEL ORDENAMIENTO LEGAL, YA SEA POR ACCIÓN U OMISIÓN, POR PARTE DE TODOS LOS ACTORES VIGILADOS. LAS ACTIVIDADES SE DESARROLLARÁN GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE EQUITAD, EFICIENCIA, OPORTUNIDAD Y COBERTURA INSTITUCIONAL, EN OBSERVANCIA DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD 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 NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$89.654.300), 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° 7100078787 del 24 de enero de 2026 por valor de \$89.654.300 y Concepto Precontractual N° 000003793 de fecha 24 de enero de 2026 por valor de \$89.654.300. 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 NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE (\$8.965.430). 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	\$8.965.430						
PAGO N°	4	DE	11	BANCO	Banco Davivienda									
CUENTA N°	005770110970				Ahorros									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR				ANTICIPO				VALOR					
DEPARTAMENTO	\$89.654.300				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				\$8.965.430					
					VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$27.195.137					
TOTAL	\$89.654.300				SALDO POR EJECUTAR				\$62.459.163					
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					
30	1	2026	4600037427			14	4	2026	9501936924					
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	4		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
									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:	JIMENA GALVIS SOTELO				NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS			
CARGO Y DEPENDENCIA	Director Operativo/ IVC Sec Salud				CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD ENCARGADA			
FIRMA:					FIRMA:					FIRMA:				

B/237471  
H49892