

06.72- 2026



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 23 CONTRATISTAS INGRESO CORRIENTE 10500 10 JUNIO 2026
Fecha Pago 10/06/2026
Hora Pago 14:22

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1010029954	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4919	Banco	NU
Valor	\$ 4.369.842,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
 Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 09.06.2026
Referencia Del Documento: CTA.COB 5-2026 Fecha Impresión de Factura: 09.06.2026
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: ESAFANADORP Documento RPC: 4600036379
NIT del Tercero: 1010029954 Código del Tercero: 2300037755
Nombre del Tercero: JULIAN ALEJANDRO MONTOYA LEON

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 11 SS-CD-PSA-0672-2026

VALOR BRUTO FACTURA: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS \$ 4.399.842

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2490540000	31	Honorarios	XACREEDOR/DEUDOR	4.369.842-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	4.399.842
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 Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	3.857.042	30.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 30.000

VALOR NETO A PAGAR: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS \$ 4.369.842

Aut

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900199234

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
	2	6	2026		29	1	2026		28	11	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-PSA-0672-2026	X				JULIAN ALEJANDRO MONTOYA LEON	1010029954

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 6 7 60	JULIANMONTOYA821@GMAIL.COM	3193849965

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

OBJETO PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES, POSTCONTRACTUALES Y JURÍDICOS PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA.

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 CUARENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$43.998.420), 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° 7100078353 del 23 de enero de 2026 por valor de \$43.998.421 y Concepto Precontractual N° 0000003443 de fecha 22 de enero de 2026 por valor de \$43.998.421. 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 CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$4.399.842) 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	\$4.399.842
---------------------------	--------	------------------	--	----------------	-------------

PAGO N°	5	DE	11	BANCO	NU BANK Colombia Compañía de Financiamiento
---------	---	----	----	-------	---

CUENTA N°	22104919	Ahorros
-----------	----------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$43.998.420	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICION DEPARTAMENTO	\$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$4.399.842
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$17.892.691
TOTAL	\$43.998.420	SALDO POR EJECUTAR	\$26.105.729

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
27	1	2026	4600036379	26	5	2026	9505005668

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			2	6	2026	5		Día	Mes	Año
									1	5	2026
									31	5	2026

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

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEYDY ADRIANA TINJACA RUEDA
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
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

16/739304