



0549-2026

DAVIVIENDA

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO 55 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 16 JUNIO 2026
<b>Fecha Pago</b>	16/06/2026
<b>Hora Pago</b>	11:10

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	79691292	<b>Referencia</b>	3100000000033700
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX5881	<b>Banco</b>	BANCOLOMBIA
<b>Valor</b>	\$ 10.935.889,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM  
 Referencia Del Documento: FRA-336  
 Centro Gestor: 1197.01  
 Fondo: 3-3700  
 Verificado por: ESAFANADORP  
 NIT del Tercero: 79691292  
 Nombre del Tercero: EDUARDO HEREDIA ROMERO

Fecha de Contabilización: 12.06.2026  
 Fecha Impresión de Factura: 12.06.2026  
 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA  
 Nombre del Fondo: SGP salud pública  
 Documento RPC: 4600036542  
 Código del Tercero: 2300034434

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 9 SS-CD-PSP-0549-2026

VALOR BRUTO FACTURA: ONCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS \$ 11.297.889

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	10.935.889-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	11.297.889
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	61.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	96.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	31.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	61.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	6.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	61.000-
009	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	46.000-

**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%	3.059.368	61.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	9.915.589	96.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	3.059.368	31.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	3.059.368	61.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	3.059.368	6.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	3.059.368	61.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	3.059.368	46.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 362.000

VALOR NETO A PAGAR: DIEZ MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS \$ 10.935.889

*Aut*

NEIDY A. TINJACA R.  
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

@CundiGov @CundinamarcaGov  
www.cundinamarca.gov.co

2900200444  
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-FK-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		30	1	2026		29	9	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD PÚBLICA COLECTIVA				SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.01
--	-------------------------	--	--	--	----------------------	--	--	---------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-0549-2026	X				EDUARDO HEREDIA ROMERO	79691292

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 124 A 54 23 APT 201	EDUARDO.HEREDIA@CUNDINAMARCA.GOR.CO	3017910503

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

**OBJETO** Prestar servicios como profesional especializado para la gestión y promoción de acciones en salud pública, en el marco del desarrollo de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud cursos de vida primera infancia e infancia en el departamento de Cundinamarca.

**CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO.** El valor del presente Contrato corresponde a la suma de NOVENTA MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIENTO DOCE M/CTE PESOS M/CTE (\$90.383.112), 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° 7100077465 del 16 de enero de 2025 por valor de \$90.383.112 y Concepto Precontractual N° 0000002576 de fecha 13 de enero de 2026 por valor de \$90.383.112. 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 ONCE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$11.297.889). 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	\$11.297.889
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	--------------

PAGO N°	2	DE	9	BANCO	Bancolombia
---------	---	----	---	-------	-------------

CUENTA N°	44022305881	Ahorros
-----------	-------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$90.383.112	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	\$11.297.889
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$376.596
<b>TOTAL</b>	<b>\$90.383.112</b>	<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$90.006.516</b>

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	4600036542	9	2	2026	6001411179

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	2		1	2	2026	28	2	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:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Fla-336  
05-260200  
Nada. Jh

06/240189