



0979-2026

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 21 CONTRATISTAS INGRESO CORRIENTE 10500 17 JUNIO 2026
Fecha Pago	17/06/2026
Hora Pago	14:21

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1152456862	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9223	Banco	BOGOTA
Valor	\$ 7.675.653,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 16.06.2026
 Referencia Del Documento: CTA COBRO NO. 4 Fecha Impresión de Factura: 16.06.2026
 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: KXCRUZ Documento RPC: 4600037537
 NIT del Tercero: 1152456862 Código del Tercero: 2300047518
 Nombre del Tercero: ANGIE CAROLINA ARIAS RODRIGUEZ

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 11 SS-CD-PSP-0779-2026

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	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.675.653-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	7.905.653
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	29.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	54.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	14.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	29.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	3.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	29.000-
009	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	50.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	22.000-

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%	1.449.473	29.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.987.753	54.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	1.449.473	14.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	1.449.473	29.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	1.449.473	3.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	1.449.473	29.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	265.285	50.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	1.449.473	22.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 230.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS \$ 7.675.653

NEIDY A. TINJACA R.
 ORDENADOR

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA							CÓDIGO: E-GCCP-FR-033									
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS							VERSIÓN: 06									
							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						
	9	6	2026		9	2	2026		7	12	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-PSP-0779-2026	X				ANGIE CAROLINA ARIAS RODRIGUEZ				1152456862								
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO								
CR 16 A 09 CON EL PORTON TO 7					CAROLINARIASROD@GMAIL.COM				3103556219								
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO								
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN TODOS LOS TEMAS JURIDICOS EN EL ÁREA DE CONTRATACIÓN DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA.																
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 SETENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHO PESOS M/CTE (\$78.793.008), 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° 7100078342 del 23 de enero de 2026 por valor de \$79.056.527 y Concepto Precontractual N° 0000003436 de fecha 22 de enero de 2026 por valor de \$79.056.527. 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 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	1-0500	NOMBRE DEL FONDO			Ingreso Corriente de Libre Destinación			VALOR DEL PAGO	\$7.905.653								
PAGO N°	4	DE	11	BANCO		Banco de Bogota											
CUENTA N°		179239223							Ahorros								
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR			ANTICIPO			VALOR									
DEPARTAMENTO		\$78.793.008			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			\$29.514.438								
TOTAL		\$78.793.008			SALDO POR EJECUTAR			\$49.278.570									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA					CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL												
DÍA MES AÑO			NÚMERO DE RPE		DÍA MES AÑO			NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA									
30 1 2026			4600037537		4 6 2026			89406821									
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				9	6	2026	4			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
						9	6	2026	4			1	5	2026	31	5	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:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA			
CARGO Y DEPENDENCIA		Director				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD.				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:					

16/240539