



DAVIVIENDA

OS15-2026

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

**Nombre Empresa** DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA  
**Nombre Proceso** PAGO 57 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 37210 19 JUNIO 2026  
**Fecha Pago** 19/06/2026  
**Hora Pago** 13:27

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1070954300	<b>Referencia</b>	3100000000033700
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX7141	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 7.797.653,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
 Portal Empresarial



Clase Documento RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 18.06.2026  
Referencia Del Documento: CTA.COB. 4 -2026 Fecha Impresión de Factura: 18.06.2026  
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA  
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública  
Verificado por: ESAFANADORP Documento RPC: 4600036599  
NIT del Tercero: 1070954300 Código del Tercero: 2300033241  
Nombre del Tercero: JHON ALEXANDER CHAPARRO LEMUS

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS-CD-PSP-0515-2026

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	7.797.653-
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	54.000-
005	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
006	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
007	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	50.000-
008	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 Deducción
Estampilla Bienestar del Adulto Mayor - Bienestar del Adulto Mayor 2%	44.047	1.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.987.853	54.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	44.047	1.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	44.047	1.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	265.360	50.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	44.047	1.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 108.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS \$ 7.797.653

*Aut*

NEIDY A. TINJACA R.  
ORDENADOR



2900201303  
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	
			3	6	2026				3	2	2026				2	10	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-0515-2026		X				JHON ALEXANDER CHAPARRO LEMUS						1070954300						
DIRECCIÓN						CORREO						TELÉFONO						
CR 15 11 109						JHONLEMON89@HOTMAIL.COM						3102288217						
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO						*CÉDULA O NIT TERCERO						
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LAS ACCIONES DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL COMPONENTE DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LOS MUNICIPIOS Y LAS ESE PRIORIZADAS 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 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° 7100076444 del 13 de enero de 2026 por valor de \$63.245.224 y Concepto Precontractual N° 0000001535 de fecha 5 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°	4	DE	9	BANCO				Banco Davivienda										
CUENTA N°				008670497141								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				\$31.095.568						
TOTAL				\$63.245.224				SALDO POR EJECUTAR				\$32.149.656						
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	4600036599					27	5	2026	1082341822							
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					3	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)		Los soportes técnicos de ejecución del contrato correspondientes al periodo, han sido objeto de revisión por parte de la Profesional Universitaria, Dra. Mónica Milena Sandoval Torres, quien en ejercicio de sus funciones de apoyo a la supervisión, otorga su aval expreso a la veracidad y consistencia de la información aquí consignada, bajo el principio de la buena fe del contratista																
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:						

Este

6

SG/241075