



0160-2026

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 52 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 19 JUNIO 2026
Fecha Pago	19/06/2026
Hora Pago	16:38

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1071889125	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9094	Banco	BANCO AGRARIO
Valor	\$ 2.271.568,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



GRADO

TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300153508

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	19.06.2026
Referencia Del Documento:	CTA.COB. 3 -2026	Fecha Impresión de Factura:	19.06.2026
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:	4600036605
NIT del Tercero:	10718891257	Código del Tercero:	2300007615
Nombre del Tercero:	HEIDY HUERTAS ARIAS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3C DE 9 SS-CD-PSA-0160-2026

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS \$ 2.289.568

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	2.271.568-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	2.289.568
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	18.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9.66xm	1.905.692	18.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 18.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS \$ 2.271.568

Auf

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



Secretaría de Hacienda

 /CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

2900201541
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		
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
	3	6	2026		2	2	2026		1	10	2026

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL		1197.01	
--	--	---------------------	--	--	--	----------------------	--	---------	--

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSA-0160-2026	X				HEIDY HUERTAS ARIAS	10718891257

DIRECCIÓN		CORREO		TELÉFONO
CR 7 2 43		Heidyhuertas_010@hotmail.com		3214661956

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EJECUTAR ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZONOSIS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS NACIONALES.
--------	---

CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$19.311.136), 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° 7100075862 del 7 de enero de 2026 por valor de \$19.311.136 y Concepto Precontractual N° 0000000475 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de \$19.311.136. 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 DOS MILLONES CUATROCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$2.413.892). 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	\$2.289.568
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	-------------

PAGO N°	3C	DE	9	BANCO	Banco Agrario
---------	----	----	---	-------	---------------

CUENTA N°	431920009094	Ahorros
-----------	--------------	---------

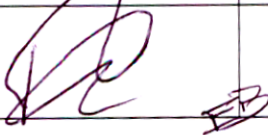
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$19.311.136	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
		VALOR ANTICIPADO	\$0
		VALOR DEL ANTICIPO	\$0
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$0
ADICION	DEPARTAMENTO	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$0
	\$0	SALDO AMORTIZACIÓN	\$0
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$2.289.568
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$7.161.213
TOTAL	\$19.311.136	SALDO POR EJECUTAR	\$12.149.923

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	4600036605	2	6	2026	9503419553 - 1080721536

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								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				3	6	2026	3		1	4	2026	30	4	2026

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

OBSERVACIONES (si se requiere)	Embargo
--------------------------------	---------

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA	SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

06/20/2025



Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	19.06.2026
Referencia Del Documento:	CTA.COB. 3 -2026	Fecha Impresión de Factura:	19.06.2026
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:	4600036605
NIT del Tercero:	10718891257	Código del Tercero:	2300007615
Nombre del Tercero:	HEIDY HUERTAS ARIAS		

Nombre del Alternativo: JUZGADO 73 PEQUEÑAS CAUSAS Y NIT.8300741583

Descripción: PAGO 3E DE 9 SS-CD-PSA-0160-2026

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS \$ 124.324

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	124.324-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	124.324

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

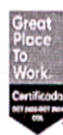
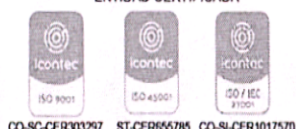
Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
--------------------------------	------------------------	--------------------------------

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS \$ 124.324

Aut

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



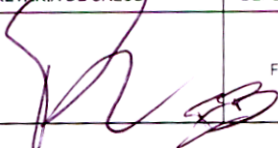
Secretaría de Hacienda

0/CundiGob @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

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																				
		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															
		3	6	2026		2	2	2026		1	10	2026															
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECRETARIA DE SALUD					SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.01																	
CONTRATO N°		PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																	
SS-CD-PSA-0160-2026		X				HEIDY HUERTAS ARIAS				10718891257																	
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																	
CR 7 2 43						Heidyhuertas_010@hotmail.com				3214661956																	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																	
						JUZGADO 73 PEQUEÑAS CAUSAS Y				830.074.158-3																	
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EJECUTAR ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS NACIONALES.																									
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 DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$19.311.136), suma que incluye los impuestos a que haya lugar. La SECRETARÍA DE SALUD pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100075862 del 7 de enero de 2026 por valor de \$19.311.136 y Concepto Precontractual N° 0000000475 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de \$19.311.136. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La SECRETARÍA 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 DOS MILLONES CUATROCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$2.413.892). 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		\$124.324																
PAGO N°		3E DE 9		BANCO		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA																					
CUENTA N°		110012051073						Depósitos Judiciales																			
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																	
DEPARTAMENTO		\$19.311.136				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				\$124.324																		
					VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$4.871.645																		
TOTAL		\$19.311.136				SALDO POR EJECUTAR				\$14.439.491																	
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA					CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																						
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td>29</td><td>1</td><td>2026</td><td>4600036605</td></tr></table>					DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	29	1	2026	4600036605	<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td>2</td><td>6</td><td>2026</td><td>9503419553- 1080721536</td></tr></table>							DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA	2	6	2026	9503419553- 1080721536
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC																								
29	1	2026	4600036605																								
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																								
2	6	2026	9503419553- 1080721536																								
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	3		1	4	2026	30	4	2026											
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		X		No aplica													
OBSERVACIONES (si se requiere)		Embargo																									
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO																			
NOMBRE:		FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA													
CARGO Y DEPENDENCIA		SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD													
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:															

507 06/201204