



DAVIVIENDA

0206 - 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	1032439564	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7229	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 9.818.174,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 19.06.2026
Referencia Del Documento: CTA COBRO NO. 4 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: KXCruz Documento RPC: 4600035888
NIT del Tercero: 1032439564 Código del Tercero: 2300031292
Nombre del Tercero: IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS-CD-PSP-⁰²⁰⁶~~0484~~-2026 ✓

VALOR BRUTO FACTURA: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS \$ 10.221.174

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	9.818.174-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	10.221.174
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	42.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	87.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	21.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	42.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	4.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	42.000-
009	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	133.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	32.000-

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%	2.102.288	42.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	8.956.274	87.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	2.102.288	21.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	2.102.288	42.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	2.102.288	4.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	2.102.288	42.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	700.846	133.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	2.102.288	32.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 403.000

VALOR NETO A PAGAR: NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS \$ 9.818.174

Neidy

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

Secretaría de Hacienda

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SG-CER303297 ST-CER855785 CO-SI-CER1017570

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

2900202575



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
	9	6	2026		2	2	2026		1	10	2026

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CD-PSP-0206-2026	X				IVONNE MARITZA ORGANISTA INSUASTI	1032439564

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 17 2 A 24	IVONNETTE26@HOTMAIL.COM	3133863964

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

OBJETO	Prestar los servicios profesionales especializados, para la gestión y seguimiento de eventos de interés en salud pública de acuerdo con lo dispuesto en los Lineamientos nacionales.
--------	--

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de OCHENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE (\$81.769.392), 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° 7100075945 del 7 de enero de 2026 por valor de \$81.769.392 y Concepto Precontractual N° 0000000947 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de \$81.769.392. 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 DIEZ MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$10.221.174). 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	\$10.221.174
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	--------------

PAGO N°	4	DE	9	BANCO	Banco Davivienda
---------	---	----	---	-------	------------------

CUENTA N°	0550476000107229	Ahorros
-----------	------------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$81.769.392	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	\$10.221.174
		VR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$40.543.990
TOTAL	\$81.769.392	SALDO POR EJECUTAR	\$41.225.402

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
25	1	2026	4600035888	8	6	2026	1082644417-1082253175

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	1	5	2026	31	5

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:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA 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:	

59/201109