0163-2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 53 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 19 JUNIO 2026
Fecha Pago	19/06/2026
Hora Pago	13:26

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20928532	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX1202	**Banco**	BANCO AGRARIO
Valor	$ 2.395.892,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300152990

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	17.06.2026
Referencia Del Documento:	CTA.COB. 4 -2026	Fecha Impresión de Factura:	17.06.2026
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:	4600036363
NIT del Tercero:	20928532	Código del Tercero:	2300026284
Nombre del Tercero:	LIDIA MILENA MORENO ROMERO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 9 SS-CD-PSA-0463-2026

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES CUATROCIENTOSTRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS $ 2.413.892

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.395.892-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	2.413.892
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 TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS $ 2.395.892

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

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		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-0463-2026	X				LIDIA MILENA MORENO ROMERO	20928532

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 10 5 03	LIDIAMILENA1234@GMAIL.COM	3143705322

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 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 SECRETARIA DE SALUD pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100076487 del 9 de enero de 2026 por valor de $19.311.136 y Concepto Precontractual N° 0000002147 de fecha 8 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	$2.413.892
PAGO N°	4	DE	9	BANCO	Banco Agrario
CUENTA N°		431630151202			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
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$0	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$0
			SALDO AMORTIZACIÓN	$0
			VALOR BRUTO A PAGAR	$2.413.892
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$9.575.105
	TOTAL	$19.311.136	SALDO POR EJECUTAR	$9.736.031

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
27	1	2026	4600036363

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
28	5	2026	1081357663-1081628894

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	Del Día	Del Mes	Del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	SI	X		3	6	2026	4		1	5	2026	31	5	2026
	NO													

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 SECRETARÍA DE SALUD	CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARÍA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/240626