0348 - 2026

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 50 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 10500 17 JULIO 2026
Fecha Pago	17/07/2026
Hora Pago	14:05

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1024472196	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7412	**Banco**	ITAU antes Corpbanca
Valor	$ 8.063.043,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300157857

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	16.07.2026
Referencia Del Documento:	FEV CASR200	Fecha Impresión de Factura:	16.07.2026
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:	4600035089
NIT del Tercero:	1024472196	Código del Tercero:	2300035206
Nombre del Tercero:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 9 SS-CD-PSP-0348-2026

VALOR BRUTO FACTURA: OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS $ 8.248.043

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	8.063.043-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	8.248.043
003	2440800009	50	Est. Adulto Mayor	XRETENCION/DEDUCCION09	7.000-
004	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	70.000-
005	2440800003	50	Est. Procultura	XRETENCION/DEDUCCION09	3.000-
006	2440800001	50	Est. Prodesarrollo	XRETENCION/DEDUCCION09	7.000-
007	2440800002	50	Est. Proelectrificac	XRETENCION/DEDUCCION09	1.000-
008	2440800004	50	Est. Prohospitales	XRETENCION/DEDUCCION09	7.000-
009	2436150000	50	Rte Empleados 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	85.000-
010	2440800007	50	Est. U. Cundinamarca	XRETENCION/DEDUCCION09	5.000-

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%	348.394	7.000-
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	7.227.243	70.000-
ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1%	348.394	3.000-
ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2%	348.394	7.000-
Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2%	348.394	1.000-
ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2%	348.394	7.000-
Retención Honorarios - Ret. >95 hast 150 19% Ley 2010 de 12-19	444.902	85.000-
Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5	348.394	5.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 185.000

VALOR NETO A PAGAR: OCHO MILLONES SESENTA Y TRES MIL CUARENTA Y TRES PESOS $ 8.063.043

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

29002080S

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
	6	7	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-0348-2026	X				CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS	1024472196

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 47 A SUR 26 86	CSOLORZANOR@UNAL.EDU.CO	3133100993

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE 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 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 CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($65.984.344), 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° 7100075937 del 7 de enero de 2026 por valor de $65.984.344 y Concepto Precontractual N° 0000000946 de fecha 2 de enero de 2026 por valor de $65.984.344. 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 OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE ($8.248.043). 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 termi nación 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	$8.248.043
PAGO N°	5	DE	9	BANCO	BANCO ITAU CORPOBANCA COLOMBIA S.A
CUENTA N°	765067412				Ahorros

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$65.984.344	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	$8.248.043
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$40.965.280
TOTAL	$65.984.344	SALDO POR EJECUTAR	$25.019.064

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
22	1	2026	4600035089	1	6	2026	87700274

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			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X			6	7	2026	5		1	6	2026	30	6	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	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

SG/215484