

0571 - 2026



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 50 CONTRATISTAS INGRESO CORRIENTE 10500 17 JULIO 2026
Fecha Pago	17/07/2026
Hora Pago	17:04

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	11200406	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5193	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 5.330.835,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 15.07.2026
Referencia Del Documento: CTA COBRO NO. 6 Fecha Impresión de Factura: 15.07.2026
Centro Gestor: 1197.B Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo: 1-0500 Nombre del Fondo: Ingreso Corriente de Libre Destinación
Verificado por: KXCruz Documento RPC: 4600036123
NIT del Tercero: 11200406 Código del Tercero: 2300034486
Nombre del Tercero: RAFAEL FAJARDO CIFUENTES

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 11 SS-CD-PSP-0571-2026

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS \$ 5.366.835

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401020008	31	proyectos de inversi	XACREEDOR/DEUDOR	5.330.835-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	5.366.835
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	36.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	4.743.635	36.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 36.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS \$ 5.330.835

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR



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	7	2026		27	1	2026		26	11	2026																
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA			SECRETARIA DE SALUD					SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.B																
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																		
SS-CD-PSP-0571-2026	X				RAFAEL FAJARDO CIFUENTES				11200406																		
DIRECCIÓN					CORREO				TELÉFONO																		
CR 11 9 64					RAFICOFAJARDO@HOTMAIL.COM				8840137																		
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																		
OBJETO	BRINDAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA OFICINA ASESORA JURÍDICA, A LA SECRETARIA DE SALUD Y A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN ASUNTOS DE ORDEN JURIDICO.																										
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 CINCUENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$53.668.350), 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° 7100077971 del 20 de enero de 2026 por valor de \$53.668.360 y Concepto Precontractual N° 0000003011 de fecha 19 de enero de 2026 por valor de \$53.668.360. 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. NUEVE (9) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de CINCO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$5.366.835). 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	1-0500	NOMBRE DEL FONDO			Ingreso Corriente de Libre Destinación			VALOR DEL PAGO	\$5.366.835																		
PAGO N°	6	DE	11	BANCO		Banco Davivienda																					
CUENTA N°		0550004100155193							Ahorros																		
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR			ANTICIPO				VALOR																			
DEPARTAMENTO	\$53.668.350			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				\$5.366.835																			
				VALOR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$27.549.753																			
TOTAL		\$53.668.350			SALDO POR EJECUTAR				\$26.118.597																		
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>27</td><td>1</td><td>2026</td><td>4600036123</td></tr></table>					DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	27	1	2026	4600036123	<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td>1</td><td>7</td><td>2026</td><td>6021888656</td></tr></table>							DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA	1	7	2026	6021888656
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC																								
27	1	2026	4600036123																								
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																								
1	7	2026	6021888656																								
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	7	2026	6		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año													
									1	6	2026	30	6	2026													
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:	SANDRA MILENA DUARTE BOA				NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA																
CARGO Y DEPENDENCIA	Jefe Oficina Asesora Salud				CARGO Y DEPENDENCIA	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD																
FIRMA:					FIRMA:					FIRMA:																	

16/245215