

0245 . 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	79162901	Referencia	3100000000010500
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX0993	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 5.320.835,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	16.07.2026
Referencia Del Documento:	CTA COBRO NO. 6	Fecha Impresión de Factura:	16.07.2026
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:	4600037143
NIT del Tercero:	79162901	Código del Tercero:	2300045666
Nombre del Tercero:	MARCO NEL VARGAS MONTAÑO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 11 SS-CD-PSP-0245-2026

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	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	5.320.835-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	5.366.835
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	46.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	4.732.435	46.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 46.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS \$ 5.320.835

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

		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					
		8	7	2026		30	1	2026			29	11	2026					
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		OTROS GASTOS EN SALUD						SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.B						
CONTRATO N°		PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT								
SS-CD-PSP-0245-2026		X				MARCO NEL VARGAS MONTAÑO				79162901								
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO								
CRA 72 C 22 A 77						NELSONVM65@GMAIL.COM				3197433633								
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO								
OBJETO		Brindar el soporte profesional en los procesos administrativos relacionados a los trámites correspondientes a la planeación, organización, realización de estudios previos, aspectos pre contractuales del recurso físico y tecnológico, para la contratación y/o elaboración de proyectos de inversión y gestión de manera oportuna para el Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres – CRUE de la Secretaría de Salud.																
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° 7100078130 del 21 de enero de 2026 por valor de \$53.668.350 y Concepto Precontractual N° 0000003009 de fecha 19 de enero de 2026 por valor de \$53.668.350. 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		Bancolombia												
CUENTA N°		46755300993										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								
ADICION	DEPARTAMENTO	\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0								
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$0								
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$5.366.835								
						Y/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$27.013.069								
TOTAL		\$53.668.350				SALDO POR EJECUTAR				\$26.655.281								
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				
30		1		2026		4600037143		1		7		2026		84200653				
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					8	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:		LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA				
CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTORA OPERATIVA (E) / CRUE				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD				
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:						

56/245614