



0691-2026

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 10 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 1050003 AGOSTO 2026
Fecha Pago	03/08/2026
Hora Pago	12:31

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52816389	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1693 Banco	BANCOLOMBIA	
Valor	\$ 6.719.845,00 Estado	Pago Exitoso	

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM Fecha de Contabilización: 31.07.2026
Referencia Del Documento: CTA.COBRO 5 Fecha Impresión de Factura: 31.07.2026
Centro Gestor: 1197.01 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo: 3-3700 Nombre del Fondo: SGP salud pública
Verificado por: ESAFANADORP Documento RPC: 4600037101
NIT del Tercero: 52816389 Código del Tercero: 2300044326
Nombre del Tercero: ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 8 SS-CD-PSP-0691-2026

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS \$ 6.776.845

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.719.845-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	6.776.845
003	2436270000	50	Rte ICA Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	57.000-

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	5.947.545	57.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 57.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS \$ 6.719.845

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297 ST-CER866786 CO-SI-CER1017570

Secretaría de Hacienda

CundiGov CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

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

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

		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 intervisor 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													
		17	7	2026			3	2	2026			2	10	2026													
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SALUD PÚBLICA COLECTIVA						SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.01																
CONTRATO N°		PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																	
SS-CD-PSP-0691-2026		X				ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO				52816389																	
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																	
CL 13 01 74 PUEBLO VIEJO						ANDREARODRIGUEZ101682@GMAIL.COM				3134825361																	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																	
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO AUDITIVO EN LA POBLACIÓN DE LA ECONOMÍA POPULAR Y COMUNITARIA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.																									
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 CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$54.214.760), 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° 7100078163 del 22 de enero de 2026 por valor de \$54.214.760 y Concepto Precontractual N° 0000003200 de fecha 20 de enero de 2026 por valor de \$54.214.760. 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 SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$6.776.845). 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		\$6.776.845																
PAGO N°		5 DE 8		BANCO		Bancolombia																					
CUENTA N°		58930681693										Ahorros															
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																	
DEPARTAMENTO		\$54.214.760				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				\$6.776.845														
									V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$33.432.435														
TOTAL		\$54.214.760				SALDO POR EJECUTAR				\$20.782.325																	
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>30</td><td>1</td><td>2026</td><td>4600037101</td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	30	1	2026	4600037101	<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td>14</td><td>7</td><td>2026</td><td>9505187537-9507821105</td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA	14	7	2026	9505187537-9507821105
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC																								
30	1	2026	4600037101																								
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																								
14	7	2026	9505187537-9507821105																								
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				17	7	2026	5		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:		RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA													
CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/ DIRECTOR DAF				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD													
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:															

56/147803