

0160-2026



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 11 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 31 JULIO 2026
Fecha Pago	31/07/2026
Hora Pago	12:09

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1071889125	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9094	Banco	BANCO AGRARIO
Valor	\$ 2.271.568,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	29.07.2026
Referencia Del Documento:	CTA COB 5 2026	Fecha Impresión de Factura:	29.07.2026
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600036605
NIT del Tercero:	10718891257	Código del Tercero:	2300007615
Nombre del Tercero:	HEIDY HUERTAS ARIAS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 9 SS CD PSA 0160 2026

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS \$ 2.289.568

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	2.271.568-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	2.289.568
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 Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	1.905.731	18.000-

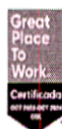
VALOR DESCUENTOS: \$ 18.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS \$ 2.271.568

Handwritten signature

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

Handwritten number 2900208821

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 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			
		15	7	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-0160-2026		X				HEIDY HUERTAS ARIAS				10718891257							
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO							
CR 7 2 43						Heidyhuertas_010@hotmail.com				3214661956							
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° 7100075862 del 7 de enero de 2026 por valor de \$19.311.136 y Concepto Precontractual N° 0000000475 de fecha 2 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		\$2.289.568					
PAGO N°		5C	DE	9	BANCO		Banco Agrario										
CUENTA N°		431920009094						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							
ADICION	DEPARTAMENTO		\$0		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0								
					SALDO AMORTIZACIÓN				\$0								
					VALOR BRUTO A PAGAR				\$2.289.568								
					V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$11.988.997								
TOTAL		\$19.311.136				SALDO POR EJECUTAR				\$7.322.139							
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			
29		1		2026		4600036605		15		7		2026		9506629711- 1082301279			
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				14	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		X		No aplica			
OBSERVACIONES (si se requiere)		EMBARGO															
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO									
NOMBRE:		FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA			
CARGO Y DEPENDENCIA		SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:					

56/247587



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 5E 2026
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 10718891257
Nombre del Tercero: HEIDY HUERTAS ARIAS

Fecha de Contabilización: 29.07.2026
Fecha Impresión de Factura: 29.07.2026
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600036605
Código del Tercero: 2300007615

Nombre del Alternativo: JUZGADO 73 PEQUEÑAS CAUSAS Y 830074158-3

Descripción: PAGO 5 DE 9 SS CD PSA 0160 2026

VALOR BRUTO FACTURA: CIENTO VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS \$ 124.324

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	124.324-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	124.324

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
--------------------------------	------------------------	--------------------------------

VALOR NETO A PAGAR: CIENTO VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS \$ 124.324

NEIDY A. TINJACA R.
ORDENADOR

 Gobernación de Cundinamarca				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																					
		15	7	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-0160-2026		X				HEIDY HUERTAS ARIAS				10718891257																									
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																									
CR 7 2 43						Heidyhuertas_010@hotmail.com				3214661956																									
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																									
						JUZGADO 73 PEQUEÑAS CAUSAS Y				830.074.158-3																									
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° 7100075862 del 7 de enero de 2026 por valor de \$19.311.136 y Concepto Precontractual N° 0000000475 de fecha 2 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		\$124.324																							
PAGO N°		5E	DE	9	BANCO		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA																												
CUENTA N°				110012051073						Depósitos Judiciales																									
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																									
ADICION	DEPARTAMENTO		\$0		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0																										
					SALDO AMORTIZACIÓN				\$0																										
					VALOR BRUTO A PAGAR				\$124.324																										
					VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$9.699.429																										
TOTAL		\$19.311.136				SALDO POR EJECUTAR				\$9.611.707																									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																													
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>29</td><td>1</td><td>2026</td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO	29	1	2026	<table><tr><td colspan="3">NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td colspan="3">4600036605</td></tr></table>			NÚMERO DE RPC			4600036605			<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>15</td><td>7</td><td>2026</td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO	15	7	2026	<table><tr><td colspan="3">NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td colspan="3">9506629711 - 1082301279</td></tr></table>			NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA			9506629711 - 1082301279		
DÍA	MES	AÑO																																	
29	1	2026																																	
NÚMERO DE RPC																																			
4600036605																																			
DÍA	MES	AÑO																																	
15	7	2026																																	
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																																			
9506629711 - 1082301279																																			
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				14	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		X	No aplica																						
OBSERVACIONES (si se requiere)		EMBARGO																																	
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO																											
NOMBRE:		FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA																					
CARGO Y DEPENDENCIA		SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARIA DE SALUD				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD																					
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																							

56/247584