1233 - 2025

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 2 GRM COLOMBIA SAS CONV 12300 37210 17 JULIO 2026 |
| **Fecha Pago** | 17/07/2026 |
| **Hora Pago** | 15:19 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 8002338015 | **Referencia** | 3100000000037210 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXX8124 | **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 4.922.473,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300158038

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 17.07.2026 |
| Referencia Del Documento: | FAC A-30421 | Fecha Impresión de Factura: | 17.07.2026 |
| Centro Gestor: | 1197.B | Nombre de la Dependencia: | SUBCUENTA OTROS GASTOS EN |
| Fondo: | 3-7210 | Nombre del Fondo: | Salud Participación Licores Otros |
| Verificado por: | NAPEREZ | Documento RPC: | 4600033853 |
| NIT del Tercero: | 8002338015 | Código del Tercero: | 2200006305 |
| Nombre del Tercero: | GRM COLOMBIA SAS | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 6 SS MC PS 1233 2025

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOSSETENTA Y TRES PESOS $ 5.804.473

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2401010012 | 31 | Bienes y servicios S | XACREEDOR/DEUDOR | 4.922.473- |
| 002 | 5423020043 | 81 | Para proyectos de in | 2320202008 | 5.804.473 |
| 003 | 2440800009 | 50 | Est. Adulto Mayor | XRETENCION/DEDUCCION09 | 98.000- |
| 004 | 2440800010 | 50 | Tasa Prodeporte y Re | XRETENCION/DEDUCCION09 | 122.000- |
| 005 | 2440800003 | 50 | Est. Procultura | XRETENCION/DEDUCCION09 | 49.000- |
| 006 | 2440800001 | 50 | Est. Prodesarrollo | XRETENCION/DEDUCCION09 | 98.000- |
| 007 | 2440800002 | 50 | Est. Proelectrificac | XRETENCION/DEDUCCION09 | 10.000- |
| 008 | 2440800004 | 50 | Est. Prohospitales | XRETENCION/DEDUCCION09 | 98.000- |
| 009 | 2436250000 | 50 | IVA Retenido | XRETENCION/DEDUCCION08 | 139.000- |
| 010 | 2436050000 | 50 | Servicios | XRETENCION/DEDUCCION09 | 195.000- |
| 011 | 2440800007 | 50 | Est. U. Cundinamarca | XRETENCION/DEDUCCION09 | 73.000- |

## 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% | 4.877.708 | 98.000- |
| Pro Deporte y Recreación 2.5% - Pro Deporte y Recreación 2.5% | 4.877.708 | 122.000- |
| ProCultura (Con Cuantía) Estampilla - ProCultura (Con Cuantía) 1% | 4.877.708 | 49.000- |
| ProDesarrollo Estampilla - Prodesarrollo 2% | 4.877.708 | 98.000- |
| Proelectrificación Estampilla Monto Fijo - ProElectrificación rural del 0.2% | 4.877.708 | 10.000- |
| ProHospitales Estampilla - ProHospitales 2% | 4.877.708 | 98.000- |
| Retención IVA bienes/servicios - Ret. IVA Servicios Reg. Común 15% | 926.765 | 139.000- |
| Retención Servicios Generales - Ret. Servicios Generales Declar 4% | 4.877.708 | 195.000- |
| Universidad de Cundinamarca. - Universidad de Cundinamarca 1.5 | 4.877.708 | 73.000- |

VALOR DESCUENTOS: $ 882.000

VALOR NETO A PAGAR: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOSSETENTA Y TRES PESOS $ 4.922.473

Gobernación de Cundinamarca

**Formato GF-006**
**Documento de Pago No.3300158038**

**NEIDY A. TINJACA R.**
**ORDENADOR**

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 16 | 7 | 2026 | | 26 | 1 | 2026 | | 25 | 7 | 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-MC-PS-1233-2025 | X | | | | GRM COLOMBIA SAS | 8002338015 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| AT MEDELLIN KM 24 | | 6014434960 |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | REALIZAR LA CUSTODIA, ALMACENAMIENTO Y SERVICIO DE CONSULTA DEL ACERVO DOCUMENTAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. |
| CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | 4. FORMA DE PAGO: El valor del contrato estará sujeto a las siguientes asignaciones presupuestales, un monto fijo y un monto agotable, de acuerdo con los siguientes términos: • Para el monto fijo, la Secretaría de Salud del Departamento realizará un único pago por servicios de traslado y recepción de aproximadamente 3.000 cajas X-200, las cuales serán entregadas al inicio del contrato. • Para el monto agotable se realizarán pagos parciales mensuales correspondientes a la prestación de los siguientes servicios, de acuerdo con la necesidad de la Secretaría de Salud: • Inserción • Consultas digitales, en físico y en sala. • Cambio de unidades de conservación documental. • Servicios de custodia y almacenamiento de la cantidad de cajas que se tengan en custodia para cada mes PARÁGRAFO 1. Para efectos de los pagos, el contratista deberá adjuntar la correspondiente factura y/o cuenta de cobro, así como la constancia del pago de los Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales o Aportes Parafiscales; y certificación de encontrarse a paz y salvo con el personal según corresponda. El pago se realizarán previa presentación del informe correspondiente y aprobación por parte de la Supervisión. PARÁGRAFO 2. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. PARÁGRAFO 3. En todo caso los pagos se sujetarán al Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC, el sistema de pago utilizado por el Depar tamento y será consignado a una cuenta corriente o de ahorros de las instituciones financieras que el CONTRATISTA registre en el formato titulado "INFORMACIÓN DE PROVEEDORES", el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. PARÁGRAFO 4. Los pagos a los cuales está obligado el DEPARTAMENTO, se realizarán previa radicación, de la orden de pago, y una vez agotados los requisitos a que haya lugar. Los pagos están sujetos a la disponibilidad de los recursos del DEPARTAMENTO. Lo anterior, sin perjuicio de los trámites presupuestales o financieros correspondientes a la constitución de vigencias futuras, reservas presupuestales o cualquier otro mecanismo de ejecución del presupuesto, sin los cuales no se podrá efectuar ningún pago. PARÁGRAFO 5. El último pago, se efectuará previa presentación y aprobación del informe final de actividades realizadas y previa susc ripción del acta de liquidación del contrato de conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024. PARÁGRAFO 6. En caso que el proponente favorecido con la adjudicación sea un consorcio o unión temporal, para efectos del pago, éste debe informar el número de cuenta a nombre del consorcio o unión temporal, así como efectuar la facturación en formato aprobado por la DIAN a nombre del respectivo consorcio o unión temporal. |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 3-7210 | NOMBRE DEL FONDO | Salud Participación Licores Otros Depart | VALOR DEL PAGO | $5.804.473 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 5 | DE | 6 | BANCO | Bancolombia |
| CUENTA N° | 20054868124 | | | | Ahorros |

| | NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO | $35.180.274 | 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 | $5.804.473 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $15.175.593 |
| | TOTAL | $35.180.274 | SALDO POR EJECUTAR | $20.004.681 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 14 | 1 | 2026 | 4600033853 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
|---|---|---|---|
| 7 | 7 | 2026 | TANIA LIZETH LIZARAZO MENDIETA |

| 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 | | | 16 | 7 | 2026 | 5 | | 26 | 5 | 2026 | 25 | 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: | JUDITH PAOLA GUTIERREZ RODRIGUEZ | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | Neidy Adriana Tinjaca Rueda |
| CARGO Y DEPENDENCIA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | CARGO Y DEPENDENCIA | Director Administrativo y Financiero | CARGO Y DEPENDENCIA | Secretaria de Salud |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

5924586
# 586338