0463 - 2026

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 43 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA 33700 16 SEPT 2026 |
| **Fecha Pago** | 16/09/2026 |
| **Hora Pago** | 15:38 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 20928532 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXX1202 | **Banco** | BANCO AGRARIO |
| **Valor** | $ 2.395.892,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

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

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300167443

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 14.09.2026 |
| Referencia Del Documento: | CTA.COBRO 7 | Fecha Impresión de Factura: | 14.09.2026 |
| 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: | 4600036363 |
| NIT del Tercero: | 20928532 | Código del Tercero: | 2300026284 |
| Nombre del Tercero: | LIDIA MILENA MORENO ROMERO | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 7 DE 9 SS-CD-PSA-0463-2026

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES CUATROCIENTOSTRECE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS $ 2.413.892

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 2.395.892- |
| 002 | 5502160002 | 81 | Servcios Técnicos | 2320202008 | 2.413.892 |
| 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 Deducción |
|---|---|---|
| Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm | 1.905.692 | 18.000- |

VALOR DESCUENTOS: $ 18.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS $ 2.395.892

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7 | 9 | 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-0463-2026 | X | | | | LIDIA MILENA MORENO ROMERO | 20928532 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CL 10 5 03 | LIDIAMILENA1234@GMAIL.COM | 3143705322 |

| 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° 7100076487 del 9 de enero de 2026 por valor de $19.311.136 y Concepto Precontractual N° 0000002147 de fecha 8 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 | $2.413.892 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 7 DE 9 | BANCO | Banco Agrario | | |
| CUENTA N° | 431630151202 | | | 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 |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $0 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $0 |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $0 |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $2.413.892 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $16.816.781 |
| | TOTAL | $19.311.136 | SALDO POR EJECUTAR | $2.494.355 |

| REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA | | | |
|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
| 27 | 1 | 2026 | 4600036363 |

| CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
| 1 | 9 | 2026 | 1083991229-1083950327 |

| 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 Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | X | | | 7 | 9 | 2026 | 7 | | 1 | 8 | 2026 | 31 | 8 | 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: | FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA |
| CARGO Y DEPENDENCIA | SUBDIRECTOR TÉCNICO - SECRETARIA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR DAF SECRETARÍA DE SALUD | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARÍA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

56/255374