Gobernación de CUNDINAMARCA

f/CundinamarcaGob @CundinamarcaGob

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300105902

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	16.08.2023
Referencia Del Documento:	C. COBRO 5	Fecha Impresión de Factura:	16.08.2023
Centro Gestor:	1103	Nombre de la Dependencia:	SECRETARIA GENERAL
Fondo:	1-0100	Nombre del Fondo:	Recurso ordinario
Verificado por:	PFORERO	Documento RPC:	4600016627
NIT del Tercero:	529038981	Código del Tercero:	2300038783
Nombre del Tercero:	OLGA MARITZA PULECIO SOGAMOSO		
Nombre del Alternativo:			
Descripción:	PAGO 5 DE 8 CONTRATO SG-CPS-552-2023		

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010003	31	Bienes y Servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.973.000-
002	5108010001	81	Remuneracion Servici	2120202008	4.000.000
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	27.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	3.535.648	27.000-

Valor en letras: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL PESOS

EVELIA ESCOBAR P.
ORDENADOR

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSION: 03
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/08/2023

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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

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
	14	8	2023		14	3	2023		13	11	2023

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA GENERAL	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1103

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SG-CPS-552-2023	X		OLGA MARITZA PULECIO SOGAMOSO	52.903.898

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3102673126	CARRERA 8 N°14-85	maritzapulecio01@gmail.com

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

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA ENTREGA DE AYUDAS TECNICAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD BENEFICIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente Contrato corresponde a la suma de VALOR TOTAL DEL CONTRATO: TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($32.000.000) M/CTE, y los impuestos a que haya lugar.La Secretaria General pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 7100036898 de fecha 06 de marzo de 2023 expedido por el Director Financiero de Presupuesto de la Secretaria de Hacienda del Departamento de Cundinamarca. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La Secretaría General pagará al Contratista el valor del contrato de la siguiente manera: Ocho (08) mensualidades vencidas cada una por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000) M/CTE, los demás impuestos a que haya lugar. Los anteriores valores se pagarán previa entrega de los informes previstos por la Entidad contratante, 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. Los pagos se realizarán dentro de los treinta (30) días siguientes a fecha de presentación del certificado de cumplimiento firmado por el supervisor del Contrato para lo cual el contratista adjuntara la certificación que acredite el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, pensión, salud y riesgos profesionales, de acuerdo a lo normado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0100	NOMBRE DEL FONDO	RECURSO ORDINARIO	VALOR DEL PAGO	$ 4.000.000

PAGO N°	5	DE	8	BANCO	BANCO DAVIVIENDA

CUENTA N°	488414494713	AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 32.000.000,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 4.000.000
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 20.000.000
	TOTAL	$ 32.000.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 12.000.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AnO	NÚMERO DE RPC
14	3	2023	4600016627

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
25	7	2023	1055682573

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				14	8	2023	5		14	7	2023	13	8	2023

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X