CYS 934-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 8 CONTR SALUD PUBLICA 33700 29 OCTUBRE 2024
Fecha Pago	29/10/2024
Hora Pago	10:19

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20767812	**Referencia**	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXX2407	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 3.353.631,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8176816

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300149622

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	28.10.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 2	Fecha Impresión de Factura:	28.10.2024
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-2600	Nombre del Fondo:	Recursos nación salud
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600024750
NIT del Tercero:	20767812	Código del Tercero:	2300020894
Nombre del Tercero:	BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 5 SS CPS 934 2024

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS $ 3.382.631

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	3.353.631-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	3.382.631
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	29.000-

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	2.989.948	29.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 29.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS $ 3.353.631

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900200921

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 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
	11	10	2024		2	8	2024		26	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	Secretaria de Salud	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-934-2024	X		BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ	20767812

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
NO	3212017999	calle 3#5-39 barrio las palmas nimaima	bibianar2023@gmail.com

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

OBJETO	APOYO A LA GESTION EN LA SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA FRENTE A LAS ACCIONES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN LOS DIFERENTES ENTORNOS, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO, teniendo en cuenta que el tiempo inicialmente supera la vigencia fiscal, por lo que para todos los efectos legales y fiscales el nuevo valor del contrato será: DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($16.349.383) M/CTE, y forma de pago así: La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en CINCO (5) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • TRES (3) pagos sucesivos mensuales por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE ($3.382.631), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días trabajados 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 supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	Recursos Nacion Salud	VALOR DEL PAGO	$ 3.382.631
PAGO N°	2 DE 5	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°	89229992407		AHORROS		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 16.349.383	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.382.631
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 6.652.508
TOTAL	$ 16.349.383	SALDO POR EJECUTAR	$ 9.696.875

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
2	8	2024	4600024750

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
20	09	2024	9471488254-9475296494

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO 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		10	10	2024	2		1	9	2024	30	9	2024
	NO													

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	ANDRES FELIPE PINEDA PULGARIN	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56 / 15 75 77