

CRS - 1107-2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 43 CONTRAT SALUD PUB 33700 10100 31100 30 OCTUBRE 2024
Fecha Pago	30/10/2024
Hora Pago	11:10

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1094240188	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio	XXXXXXXXXXXX8718	Banco	DAVIVIENDA
Destino			
Valor	\$ 7.623.391,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8183532

GRADO
TESORERIAGobernación de
CundinamarcaFormato GF-006
Documento de Pago No.3300149652

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:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600025261
NIT del Tercero:	10942401888	Código del Tercero:	2300018051
Nombre del Tercero:	ADRIANA ROCIO BLANCO MARTINEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 5 SS CPS 1107 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.675.391

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	7.623.391-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	52.000-

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	6.784.370	52.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 52.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.623.391

Neidy Tinjaca Rueda

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov CundiamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900200935

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

Gobierno de CUNDINAMARCA		GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033					
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS				VERSIÓN: 03					
						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
	21	10	2024		28	8	2024		27	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 1107-2024	X				ADRIANA ROCIO BLANCO MARTINEZ				1094240188		
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO		
	3013922669				KR 72 C 22 A 24 Los Cerros T2 Apto 413				adriana.bm23@gmail.com		
SÓLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO		
OBJETO	Prestar servicios profesionales Especializados frente a los eventos de interés en salud Pública en cuanto al monitoreo y la gestión del riesgo de las acciones epidemiológicas, en cumplimiento de los lineamientos de la vigilancia en salud pública adoptados por el Departamento										
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de TREINTA MILLONES SETECIENTOS UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$30.701.564), 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° 7100055067 del 05 de Agosto de 2024 por valor de \$34.539.260 y Concepto Precontractual N° 0000005129 de fecha 29 de Julio de 2024 por valor de \$34.539.260. 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 SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE (\$7.675.391), 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	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP SALUD PUBLICA				VALOR DEL PAGO	\$ 7.675.391			
PAGO N°	2	DE	5	BANCO	DAVIENIDA				AHORROS		
CUENTA N°		009100718718									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR		ANTICIPO				VALOR				
DEPARTAMENTO	\$	30.701.564,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO								
			VALOR ANTICIPADO				\$ -				
			VALOR DEL ANTICIPO				\$ -				
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$ -				
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$ -				
			SALDO AMORTIZACIÓN				\$ -				
			VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 7.675.391				
			VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 8.442.930				
			SALDO POR EJECUTAR				\$ 22.258.634				
TOTAL		\$ 30.701.564									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA					CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL						
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC		DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA			
28	8	2024	4600025261		9	08	2024	9472441566-9473581033			
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	N° INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del		
	NO			18	10	2024	2		Día	Mes	Año
									1	9	2024
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 PÚBLICA			CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO			CARGO:	SECRETARIA DE SALUD		
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:			

06/157550