CIS- 459- 264

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 31 CONTR SALUD PUBLICA 33700 31100 10100 27 SEPT 2024
Fecha Pago	27/09/2024
Hora Pago	13:49

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20928532	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1202	**Banco**	BANCO AGRARIO
Valor	$ 2.236.974,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8052281

GIRADO
TESORERIA 12

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300146437

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	26.09.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 3	Fecha Impresión de Factura:	26.09.2024
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:	4600022583
NIT del Tercero:	20928532	Código del Tercero:	2300026284
Nombre del Tercero:	LIDIA MILENA MORENO ROMERO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 7 SS CPS 459 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.255.974

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.236.974-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	2.255.974
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	19.000-

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	1.994.082	19.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.236.974

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

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
	16	9	2024		28	5	2024		27	11	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-459-2024	X		LIDIA MILENA MORENO ROMERO	20926532
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
	3143705322		CLL 10 # 5-03	lidiamilena1234@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE IMPACTAN EN LA MORBIMORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100051410 del 17 de Mayo de 2024 por valor de TRECE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($13.535.844) y Concepto Precontractual N° 0000002769 de fecha 16 de Mayo de 2024 por valor de TRECE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($13.535.844)La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SIETE (7) pagos así: • Un primer pago proporcional al valor de los honorarios mensuales por los días de prestación efectiva del servicio, desde la fecha de inicio pactada en el acta que para tales efectos se suscriba y hasta el 30 del mes correspondiente. • CINCO (5) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días para completar el valor total de la ejecución total 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 COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 2.255.974
PAGO N°	4	DE	7	BANCO	BANCO AGRARIO
CUENTA N°		4-316-30-15120-2			AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 13.535.844	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 2.255.974
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 6.993.519
	TOTAL	$ 13.535.844	SALDO POR EJECUTAR	$ 6.542.325

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
28	5	2024	4600022583

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
9	09	2024	1065987039

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 Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			16	9	2024	3		1	8	2024	30	8	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 PUBLICA	CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/154233