CIS - 987-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 32 CONTRATISTAS 31100 33700 SALUD PUBLICA DIC 17 2024
Fecha Pago	17/12/2024
Hora Pago	18:30

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1070626818	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4472	**Banco**	BANCO FALABELLA
Valor	$ 5.807.116,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300159805

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	17.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 4	Fecha Impresión de Factura:	17.12.2024
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:	4600024707
NIT del Tercero:	1070626818	Código del Tercero:	2300043697
Nombre del Tercero:	NICHOLLE TATIANA LOZANO MEDINA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 5 SS CPS 987 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS $ 5.847.116

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	5.807.116-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	5.847.116
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	40.000-

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	5.168.336	40.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 40.000

VALOR NETO A PAGAR: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS $ 5.807.116

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

GIRADO
TESORERIA

2900211515

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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
	6	12	2024		21	8	2024		30	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.01

CONTRATO Nº	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-987-2024	X		Nicholle Tatiana Lozano Medina	1070626818
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
3153899171	3153899171		CRA 4ta N° 20-34 B/Alto del rosario	Nicolillozanomedina818@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE EL COMPONENTE DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS CON ENFASIS EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN, SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA SALUD PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO El valor del presente contrato es la suma de VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TRES PESOS ($25 337 503) MCTE, suma que incluya 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° 7100054184 del 18 de Julio de 2024 por valor de $30.210.099 y Concepto Precontractual N° 0000004511 de fecha 17 de Julio de 2024 por valor de $30.210.039. 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 CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECISEIS PESOS MCTE ($5.847.116)., 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	$ 5.847.116
PAGO Nº	4 DE 5	BANCO	Falabella		
CUENTA Nº		111700704472		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 25.337.503,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 5.847.116
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 19.490.387
TOTAL	$ 25.337.503	SALDO POR EJECUTAR	$ 5.847.116

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
9	8	2024	4600024707	8	11	2024	9477096051

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			6	12	2024	4		1	11	2024	30	11	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:	RICARDO ALBERTO PORRAS	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANATINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUB DIRECTOR SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

66/168.537