CPCTI. 1028. 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 9 HOSP FACANIMAIMSOPOCHOCSANFCOSALGUADLAMESAFOSCAGACHSALUD PUBLDIC172024
Fecha Pago	17/12/2024
Hora Pago	12:39

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8320072727	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9269	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 22.654.014,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

8406863

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300159277

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	16.12.2024
Referencia Del Documento:	FRA CSF-35735	Fecha Impresión de Factura:	16.12.2024
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:	4600025052
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 5 SS CDCTI 1028 2024

VALOR BRUTO FACTURA: VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CATORCE PESOS $ 22.654.014

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	22.654.014-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	22.654.014

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción

VALOR NETO A PAGAR: VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CATORCE PESOS $ 22.654.014

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900210994

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	Dia	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Dia	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Dia	Mes	Año
	3	12	2024		27	8	2024		31	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-CDCTI 1028-2024	X		CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832007272-7
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
3174180386	NO APLICA		Carrera 1 # 3-05 Fosca	centrodesalud@fosca-cundinamarca.g
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA LA VIGENCIA 2024 CON LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE"
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEPTIMA – FORMA DE PAGO El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD, Se realizarán pagos mensuales vencidos a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscriba, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo establecido; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y entrega de productos mensuales al supervisor, teniendo en cuenta los productos y entregas definidos en el anexo técnico detallado y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con el PAC. El último pago estará sujeto a las actividades realizadas y aprobadas por el supervisor. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven De conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024, el último pago se encuentra sujeto a la liquidación del contrato estatal.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3 - 3700	NOMBRE DEL FONDO	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 22.654.014
PAGO Nº	3 DE 5	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°		469469999269		CORRIENTE	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR
DEPARTAMENTO		$ 129.726.444,00
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -
TOTAL		$ 129.726.444

ANTICIPO	VALOR
PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
VALOR ANTICIPADO	$ -
VALOR DEL ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
VALOR BRUTO A PAGAR	$ 22.654.014
V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 73.236.244
SALDO POR EJECUTAR	$ 56.490.200

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
22	08	2024	4600025052

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
19	11	24	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Dia	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del Dia	del Mes	del Año	Al Dia	Al Mes	Al Año
	NO			3	12	24	3		21	10	2024	10	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:	SONIA MARCELA HORMAZA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:	Sonia Hormaza	FIRMA:		FIRMA:	

277 80/167991

C DCTI - 1028 - 2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 7 HOSP GACHEFOSCLAMESASANFCOSALESCHOCSOPONIM37210ORD DIC 17 2024
Fecha Pago	17/12/2024
Hora Pago	12:40

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	8320072727	**Referencia**	3100000000037210
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9269	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 3.027.274,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

3 406812

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300159278

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	16.12.2024
Referencia Del Documento:	FRA CSF.35735	Fecha Impresión de Factura:	16.12.2024
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	3-7210	Nombre del Fondo:	Salud Participación Licores Otros
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600025052
NIT del Tercero:	8320072727	Código del Tercero:	2200002452
Nombre del Tercero:	CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 5 SS CDCTI 1028 2024

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 3.027.274

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	3.027.274-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2330102005	3.027.274

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 3.027.274

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900210709

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
	3	12	2024		27	8	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	Secretaria de Salud	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CDCTI 1028-2024	X		CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE	832007272-7
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
3174180386	NO APLICA		Carrera 1 # 3-05 Fosca	centrodesalud@fosca-cundinamarca.g
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	EJECUTAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA LA VIGENCIA 2024 CON LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE FOSCA ESE"
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA SEPTIMA – FORMA DE PAGO El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD, Se realizarán pagos mensuales vencidos a partir de la firma del acta de inicio que para tales efectos se suscriba, con previa certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato de las actividades ejecutados en el periodo establecido; con presentación del informe cualitativo y cuantitativo de ejecución y entrega de productos mensuales al supervisor, teniendo en cuenta los productos y entregas definidos en el anexo técnico detallado y la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud-Pensión-Riesgos Laborales y la presentación de la respectiva factura. Todos los pagos se realizarán de acuerdo con el PAC. El último pago estará sujeto a las actividades realizadas y aprobadas por el supervisor. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven De conformidad con lo establecido en el Decreto Departamental 161 de 2024, el último pago se encuentra sujeto a la liquidación del contrato estatal

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3 - 7210	NOMBRE DEL FONDO	SALUD PARTICIPACION LICORES OTROS DPTOS	VALOR DEL PAGO	$ 3.027.274
PAGO N°	3 DE 5	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°		469469999269		CORRIENTE	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 129.726.444,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.027.274
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 76.263.518
TOTAL		$ 129.726.444	SALDO POR EJECUTAR	$ 53.462.926

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
22	08	2024	4600025052

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
19	11	24	OMAR HUMBERTO LADINO PABON

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			2	12	24	3		21	10	2024	10	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:	SONIA MARCELA HORMAZA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:	Sonia Hormaza	FIRMA:		FIRMA:	

726 56/168003