

CPS- 685-2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 27 CONT SALUD PUBLICA 33700 31100 10100 26 NOV 2024
Fecha Pago	26/11/2024
Hora Pago	10:51

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80357515	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio	XXXXXXXXXXXX7614	Banco	DAVIVIENDA
Destino			
Valor	\$ 2.236.974,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

830044

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300153256

GIRADO
TESORERIA

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 4
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 80357515
Nombre del Tercero: EDGAR JHOANY GARZON DIAZ

Fecha de Contabilización: 25.11.2024
Fecha Impresión de Factura: 25.11.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600023451
Código del Tercero: 2300022700

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 6 SS CPS 685 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 Dedución
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

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>	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													
		18		11		2024				5		7		2024				24		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-685-2024				X								EDGAR JHOANY GARZON DIAZ				80.357.515																			
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO																							
				321 297 4859				CL 2 # 10-37 BRR CONSOLATA				edgarchato0714@hotmail.com																							
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*										*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO																					
OBJETO		"PRESTAR APOYO A LA GESTION EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD EN REFERENCIA A LAS ETV Y ZOONOSIS EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."																																	
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$12.783.853), 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° 7100052493 del 13 de Junio de 2024 por valor de \$13.535.844 y Concepto Precontractual N° 0000003277 de fecha 11 de Junio de 2024 por valor de \$13.535.844. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • CUATRO (4) 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 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 COLECTIVA				VALOR DEL PAGO		\$		2.255.974																					
PAGO N°		4		DE		6		BANCO		DAVIVIENDA																									
CUENTA N°		0550455000097614										AHORROS																							
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR										ANTICIPO		VALOR																					
DEPARTAMENTO		\$ 12.783.853,00										PORCENTAJE DEL ANTICIPO																							
												VALOR ANTICIPADO		\$ -																					
												VALOR DEL ANTICIPO		\$ -																					
												AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -																					
A D I C I O N A L DEPARTAMENTO		\$ -										AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$ -																					
												SALDO AMORTIZACIÓN		\$ -																					
												VALOR BRUTO A PAGAR		\$ 2.255.974																					
												V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 8.723.099																					
TOTAL		\$ 12.783.853										SALDO POR EJECUTAR		\$ 4.060.754																					
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA										CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																									
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td>5</td><td>7</td><td>2024</td><td>4600023451</td></tr></table>										DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	5	7	2024	4600023451	<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE PLANILLA</td></tr><tr><td>12</td><td>11</td><td>2024</td><td>9473946925</td></tr></table>										DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA	12	11	2024	9473946925
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC																																
5	7	2024	4600023451																																
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA																																
12	11	2024	9473946925																																
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		# INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		del		Día		Mes		Año		Al		Día		Mes		Año			
		NO						15		11		2024		4				1		10		2024		30		10		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:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA																					
CARGO Y DEPENDENCIA:		SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD																					
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																							

561167356