

CPS - 315 - 2024



DAVIVIENDA

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

<b>Nombre Empresa</b>	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
<b>Nombre Proceso</b>	PAGO 31 CONTR REC ORDINARIO 31100 10100 DIC 24 2024
<b>Fecha Pago</b>	24/12/2024
<b>Hora Pago</b>	09:41

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	52739870	<b>Referencia</b>	3100000000010100
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX1382	<b>Banco</b>	CAJA SOCIAL
<b>Valor</b>	\$ 7.877.237,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial

844 5574



# Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006  
Documento de Pago No.3300162237

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM  
 Referencia Del Documento: CTA COB 7  
 Centro Gestor: 1197.B  
 Fondo: 1-0100  
 Verificado por: LBERNAL  
 NIT del Tercero: 527398703  
 Nombre del Tercero: VIKI LAGOS LIZARAZO

Fecha de Contabilización: 23.12.2024  
 Fecha Impresión de Factura: 23.12.2024  
 Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN  
 Nombre del Fondo: Recurso ordinario  
 Documento RPC: 4600022851  
 Código del Tercero: 2300042009

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 7 DE 7 SS CPS 515 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS \$ 7.931.237

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.877.237-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	255.846
003	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	7.675.391
004	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	54.000-

### 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	7.010.516	54.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 54.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS \$ 7.877.237

*Neidy Tinjaca Rueda*  
 -----  
 NEIDY TINJACA RUEDA  
 ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA

Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov  
www.cundinamarca.gov.co

2900214879  
 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
		12	2024		14	6	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-CPS-515-2024	X		VIKI LAGOS LIZARAZO	52.739.870
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3207686571		CALLE 8 SUR 21-07 ESTE	vikilagos@hotmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

**OBJETO** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS CON ABSOLUTA INDEPENDENCIA EN EL PROCESO DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA REVISIÓN DE CONVENIOS, CUENTAS Y CONTRATOS SUSCRITOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD EN CUANTO AL TRÁMITE DE PAGOS MENSUALES Y LIQUIDACIÓN DE LOS MISMOS.

**CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO**

El valor del presente contrato es la suma de CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE (\$50.657.580), suma que incluye los impuestos a que haya lugar.

La Secretaría de salud pagará al Contratista el valor del contrato en SIETE pagos así:

1. El primer pago será proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso.
2. CINCO (5) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESO MCTE (\$7.675.391).
3. El último pago será proporcional a los días trabajados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato.

Con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal expedido por el director financiero de presupuesto de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca. 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).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0100	NOMBRE DEL FONDO	RECURSO ORDINARIO	VALOR DEL PAGO	\$	7.931.237
---------------------------	--------	------------------	-------------------	----------------	----	-----------

PAGO N°	7	DE	7	BANCO	CAJA SOCIAL	AHORROS
CUENTA N°				24123481382		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$ 50.657.580	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	\$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
DEPARTAMENTO	\$ -	VALOR BRUTO A PAGAR	\$ 7.931.237
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 50.657.580
TOTAL	\$ 50.657.580	SALDO POR EJECUTAR	\$ -

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MESES	AÑO	NÚMERO DE RPC
14	06	2024	4600022851

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MESES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
11	12	2024	9478768893

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			Al		
	NO			17	12	24	7		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Supervisión	No Aplica	X
-----------------------	------------	--------	------------------------	-------------	-----------	---

OBSERVACIONES (si se requiere)

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURIDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	