

CPS - 1107-2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 34 CONTR SALUD PUBLICA 33700 31100 10100 28 NOV 2024
Fecha Pago	28/11/2024
Hora Pago	10:54

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1094240188	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX8718	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 7.623.391,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8312512

GIRADO
TESORERIAGobernación de
CundinamarcaFormato GF-006
Documento de Pago No.3300153607

Clase Documento: RE Factura LogísticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 3
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 10942401888
Nombre del Tercero: ADRIANA ROCIO BLANCO MARTINEZ

Fecha de Contabilización: 27.11.2024
Fecha Impresión de Factura: 27.11.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600025261
Código del Tercero: 2300018051

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 5 SS CPS 1107 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.675.391

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	7.623.391-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	52.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	6.784.370	52.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 52.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES SEISCIENTOS VEINTITRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.623.391

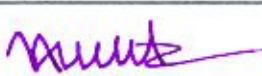

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co2900205636
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																				
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS								VERSIÓN: 04																				
									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		28	8	2024		27	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-1107-2024 /	X				ADRIANA ROCIO BLANCO MARTINEZ				1094240188																				
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO																				
	3013922669				KR 72 C 22 A 24 Los Carros T2 Aplo 413				adriana.bm23@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 Especializados frente a los eventos de interés en salud Pública en cuanto al monitoreo y la gestión del riesgo de las acciones epidemiológicas, en cumplimiento de los lineamientos de la vigilancia en salud pública adoptados por el Departamento																												
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de TREINTA MILLONES SETECIENTOS UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$30.701.564), 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° 7100055067 del 05 de Agosto de 2024 por valor de \$34.539.260 y Concepto Precontractual N° 0000005129 de fecha 29 de Julio de 2024 por valor de \$34.539.260. La Secretaría 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 SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE (\$7.675.391), 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 pública		VALOR DEL PAGO	\$ 7.675.391																					
PAGO N°	3 DE 5		BANCO		DAVIVIENDA																								
CUENTA N°			009100718718					AHORROS																					
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO				VALOR																					
DEPARTAMENTO		\$ 30.701.564,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO																									
				VALOR ANTICIPADO				\$ -																					
				VALOR DEL ANTICIPO				\$ -																					
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$ -																					
A D I C I O N	DEPARTAMENTO		\$ -		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$ -																				
					SALDO AMORTIZACIÓN				\$ -																				
					VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 7.675.391																				
					V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 16.118.321																				
TOTAL		\$ 30.701.564		SALDO POR EJECUTAR				\$ 14.583.243																					
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																							
DÍA			MES			AÑO			DÍA			MES			AÑO														
28			8			2024			15			10			2024														
NÚMERO DE RPC						NÚMERO DE PLANILLA																							
4600025261						9473979269																							
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		Al									
		NO						11		11		24		3				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:		NEIOY ADRIANA TINJACA RUEDA															
CARGO Y DEPENDENCIA:		SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD															
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																	

SG/161737