

CPS 459-2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 38 CONT SAL PUB 33700 31100 10100 23 OCTUBRE 2024
Fecha Pago 23/10/2024
Hora Pago 11:30

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20928532	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1202 Banco		BANCO AGRARIO
Valor	\$ 2.237.974,00 Estado		Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de
Cundinamarca

20154837 **GIRADO**
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300148783

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA. COBRO 4
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 20928532
Nombre del Tercero: LIDIA MILENA MORENO ROMERO

Fecha de Contabilización: 22.10.2024
Fecha Impresión de Factura: 22.10.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600022583
Código del Tercero: 2300026284

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 7 SS-CPS-459-2024

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	2.237.974
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	2.255.974
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	18.000

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	1.878.688	18.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 18.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS \$ 2.237.974

Aut

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

Q/CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

2900199778

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
	9	10	2024		28	5	2024		27	11	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-459-2024	X		LIDIA MILENA MORENO ROMERO			20928532	
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO	
	3143705322		CLL 10 # 5-03			lidiamilena1234@gmail.com	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASTILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO	

OBJETO: APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE IMPACTAN EN LA MORBIMORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO: SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100051410 del 17 de Mayo de 2024 por valor de TRECE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$13.535.844) y Concepto Precontractual N° 0000002769 de fecha 16 de Mayo de 2024 por valor de TRECE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$13.535.844). La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SIETE (7) pagos así: • Un primer pago proporcional al valor de los honorarios mensuales por los días de prestación efectiva del servicio, desde la fecha de inicio pactada en el acta que para tales efectos se suscriba y hasta el 30 del mes correspondiente. • CINCO (5) 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 para completar el valor total de la ejecución total 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°	5	DE	7	BANCO	BANCO AGRARIO	
CUENTA N°				4-316-30-15120-2		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$ 13.535.844	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	-
ADICIÓN		VALOR ANTICIPADO	\$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$ 2.255.974
DEPARTAMENTO		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 9.249.493
TOTAL	\$ 13.535.844	SALDO POR EJECUTAR	\$ 4.286.351

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
28	5	2024	4600022583	4	10	2024	1066666806

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			9	10	2024			4	Día	Mes	Año	Día	Mes
									1	9	2024	30	9	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:	ANDRES FELIPE PINEDA PULGARIN	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RIVERA
CARGO:	SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	