SS . CPS. 1183-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 38 CONTRAT 33700 32600 31100 SALUD PUBL FEBR 12 DE 2025CXP
Fecha Pago	12/02/2025
Hora Pago	16:24

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	51911135	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5931	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 6.523.461,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

CXP

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163832

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	31.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 3	Fecha Impresión de Factura:	31.12.2024
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:	4600025796
NIT del Tercero:	51911135	Código del Tercero:	2300038052
Nombre del Tercero:	MARTHA JANNETH HERRERA HERNANDEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 4 SS CPS 1183 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS $ 6.579.461

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.523.461-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	6.579.461
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	56.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	5.815.665	56.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 56.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS $ 6.523.461

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900177470

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
	17	12	2024		20	9	2024		29	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-CPS-1183-2024	X		Martha Janneth Herrera Hernández	51911135
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
	3124327894		CALLE 30 B SUR No 8A-13 IN 1 AP 103	martichertier26@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 desde la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes en la primera infancia e infancia, basados en la atención primaria en salud para el fortalecimiento de acciones de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en las regiones de salud asignadas del departamento de Cundinamarca
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE ($21.931.537), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, 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° 7100056246 del 10 de Septiembre de 2024 por valor de $23.028.114 y Concepto Precontractual N° 0000005699 de fecha 29 de Agosto de 2024 por valor de $23.028.114. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en CUATRO (4) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • DOS (2) pagos sucesivos mensuales por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE ($6.579.461), 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	VALOR DEL PAGO	$ 6.579.461
PAGO Nº	3 DE 4	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA Nº		61255895931		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 21.931.537,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 6.579.461
TOTAL	$ 21.931.537	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 15.790.706
		SALDO POR EJECUTAR	$ 6.140.831

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
20	09	2024	4600025796

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
17	12	2024	795 3338781

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			16	12	24	3		1	11	2024	30	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:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUPERVISOR O INTERVENTOR	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/172523