

SS. CPS - 934 - 2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso PAGO 38 CONTRATISTAS 33700 32600 31100 SALUD PUBLICA ENERO 27 DE 2025
Fecha Pago 13/02/2025
Hora Pago 12:22

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20767812	Referencia	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2407	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 2.906.613,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

GIRADO
TESORERIA

CxP

Formato GF-006

Documento de Pago No.3300163481

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 5
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-2600
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 20767812 ✓
Nombre del Tercero: BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ

Fecha de Contabilización: 30.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 30.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: Recursos nación salud
Documento RPC: 4600024750
Código del Tercero: 2300020894

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 5 DE 8 SS CPS 934 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS \$ 2.931.613

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	2.906.613-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	2.931.613
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	25.000-

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	2.591.288	25.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 25.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES NOVECIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS \$ 2.906.613

Neidy Tinjaca Rueda

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

©CundiGob ©CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

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

www.cundinamarca.gov.co

NIT 899999114-0

2900177713



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		2	8	2024		15	2	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECRETARIA DE SALUD			SECCIÓN PRESUPUESTAL		1197-01
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO			CÉDULA O NIT	
SS-CPS-934/2024	X		BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ			20767812	
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO	
NO	3212017999		calle 3#5-39 barrio las palmas nimaima			bibianar2023@gmail.com	
2020 SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO	

OBJETO: PRESTAR APOYO A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN LAS ACCIONES QUE INCIDAN EN LOS DIFERENTES ENTORNOS EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO: - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO El valor del presente contrato es la suma de DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS (\$16.349.383) MCTE suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARÍA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100053780 del 10 de Julio de 2024 por valor de \$18.040.699 y Concepto Precontractual N° 0000004131 de fecha 08 de Julio de 2024 por valor de \$18.040.699. 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 TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS MCTE (\$3.382.631), 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	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	RECURSOS NACIÓN SALUD	VALOR DEL PAGO	\$	2.931.613
---------------------------	--------	------------------	-----------------------	----------------	----	-----------

PAGO N°	5	DE	8	BANCO	BANCOLOMBIA
---------	---	----	---	-------	-------------

CUENTA N°	89228992407	AHORROS	024
-----------	-------------	---------	-----

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
-------------------------------	-------	----------	-------

DEPARTAMENTO	\$	16.349.383,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO
--------------	----	---------------	-------------------------

			VALOR ANTICIPADO
--	--	--	------------------

			VALOR DEL ANTICIPO
--	--	--	--------------------

			AMORTIZACIÓN ANTICIPO
--	--	--	-----------------------

			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO
--	--	--	---------------------------------

			SALDO AMORTIZACIÓN
--	--	--	--------------------

			VALOR BRUTO A PAGAR
--	--	--	---------------------

			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS
--	--	--	----------------------------

TOTAL	\$	21.874.347	SALDO POR EJECUTAR
-------	----	------------	--------------------

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA	CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL
--	---

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
-----	-----	-----	---------------	-----	-----	-----	--------------------

2	8	2024	4600024750	3	12	2024	9477496594
---	---	------	------------	---	----	------	------------

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
---	----	---	--	-----	-----	-----	---------------------	----------------------	-----	----

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		
--------	--	--