

CPS - 1120 - 2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 20 CONT REC ORDI 10100 10102 31100 23 DIC 2024
Fecha Pago	23/12/2024
Hora Pago	17:56

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52082415	Referencia	3100000000031100
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX0970	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 8.365.582,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



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		30	8	2024		29	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD		SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197B
CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CEDULA O NIT
SS-CPS-1120-2024	X		Tatiana Lucia Sánchez Prieto	52082415
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRONICO
NA	3005313945		Carrera 25 No. 42-35	tatianaluciasp@gmail.com
SOLO SE APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIA LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y A LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA EN ASUNTOS DE ORDEN JURIDICO

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO: El valor del presente contrato es la suma de TREINTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE (\$35.861.720), 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° 7100055286 del 14 de Agosto de 2024 por valor de \$40.344.435 y Concepto Precontractual N° 0000005347 de fecha 09 de Agosto de 2024 por valor de \$40.344.435. 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 OCHO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE (\$8.965.430), 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	3-1100	NOMBRE DEL FONDO	FONPET DEPARTAMENTO	VALOR DEL PAGO	\$ 8.666.582
---------------------------	--------	------------------	---------------------	----------------	--------------

PAGO N°	5	DE	5	BANCO	DAVIVIENDA
---------	---	----	---	-------	------------

CUENTA N°	005770110970		AHORROS
-----------	--------------	--	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$ 35.861.720,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	NA
D I C I O	DEPARTAMENTO	VALOR ANTICIPADO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$ 8.666.582
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 35.861.720
		TOTAL	\$ 35.861.720

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DA	ME	AN	NÚMERO DE RPC
28	08	2024	4600025280

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DA	ME	AN	NÚMERO DE PLANILLA
17	12	24	9477554950

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			12	2024	5			12	2024
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Supervisión	No Aplica	X				

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURIDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	SANDRA MILENA DUARTE ROA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

86-170471