SS CYS- 685-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 39 CONTRATISTAS 33700 32600 31100 SALUD PUBLICA FEB 13 DE 2025 CXP
Fecha Pago	13/02/2025
Hora Pago	12:45

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80357515	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7614	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 1.789.780,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

CXP

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163476

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	30.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 6	Fecha Impresión de Factura:	30.12.2024
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:	4600023451
NIT del Tercero:	80357515	Código del Tercero:	2300022700
Nombre del Tercero:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 9 SS CPS 685 2024

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS $ 1.804.780

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	1.789.780-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	1.804.779
003	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	1
004	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	15.000-

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	1.595.267	15.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 15.000

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS $ 1.789.780

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

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		5	7	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-685-2024	X		EDGAR JHOANY GARZON DIAZ	80.357.515
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
	321 2974859		CL 2 #10-37 BRR CONSOLATA	edgarchato0714@hotmail.com

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	"PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD EN REFERENCIA A LAS ETV Y ZOONOSIS EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($12.783.853), 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° 7100052493 del 13 de Junio de 2024 por valor de $13.535.844 y Concepto Precontractual N° 0000003277 de fecha 11 de Junio de 2024 por valor de $13.535.844. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • Un primer pago proporcional a los dias trabajados desde el inicio del contrato hasta el último dia del mes en curso. • CUATRO (4) 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 dias trabajados desde el primer dia 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 COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 1.804.780
PAGO N°	6 DE 9	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°	055045500097614		AHORROS		

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 12.783.853
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ 3.835.156
	TOTAL	$ 16.619.009

ANTICIPO	VALOR
PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
VALOR ANTICIPADO	$ -
VALOR DEL ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
VALOR BRUTO A PAGAR	$ 1.804.780
VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 12.783.853
SALDO POR EJECUTAR	$ 3.835.156

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
5	07	2024	4600023451

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
29	11	2024	9477530962

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	SI	X		26	12	2024	6			12	2024		12	2024
	NO													

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:	NEIDY ADRIANA FINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD