SS. CPS. 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**	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7614	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 447.194,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

CXP

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163477

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:	3-2600	Nombre del Fondo:	Recursos nación salud
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4700009724
NIT del Tercero:	80357515	Código del Tercero:	2300022700
Nombre del Tercero:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 7 DE 9 SS CPS 685 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CUATROCIENTOSCINCUENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS $ 451.194

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	447.194-
002	5508070000	81	Asistencia técnica	2320202008	451.194
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	4.000-

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	451.194	4.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 4.000

VALOR NETO A PAGAR: CUATROCIENTOSCUARENTA Y SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS $ 447.194

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900177808

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	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-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	edgarchato0774@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 DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($16.619.009). La Secretaria de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato por lo cual se estima en la suma de TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 3.835.156 M/CTE) de la siguiente manera: Un primer pago proporcional a los dias trabajados desde el inicio de la adición hasta el último dia del mes en curso. Un pago mensual por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974). El último pago proporcional a los dias trabajados hasta la fecha de terminación del contrato Cada pago se realizará previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato dando viabilidad al pago, presentación del informe completo de actividades con entrega de productos por mes vencido al supervisor, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales. Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo PAC y el último pago estará sujeto al recibo a satisfacción por parte del supervisor. El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. 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).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	RECURSO NACION SALUD	VALOR DEL PAGO	$ 451.194

PAGO N°	7	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	$ 451.194
V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 13.235.047
SALDO POR EJECUTAR	$ 3.383.962

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
23	12	2024	4700009724

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	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			26	12	2024	6			12	2024		12	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: NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA