



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa

DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA

Nombre Proceso

PAGO 52 CONTR SALUD PUBLICA 33700 31100 10100 DIC 11 2024

Fecha Pago

11/12/2024

Hora Pago

11:57

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino

52229662

Referencia

3100000000033700

Nombre

No. Producto o Servicio

XXXXXXXXXXXX6918 Banco

CAJA SOCIAL

Destino

\$ 3.353.631,00 Estado

Pago Exitoso

Valor

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300156625

Clase Documento: RE Factura LogísticaMM
Referencia Del Documento: CTA. COBRO 6
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 52229662
Nombre del Tercero: YANETH CARDENAS RUBIO

Fecha de Contabilización: 10.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 10.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600023290
Código del Tercero: 2300043489

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 7 SS-CPS-589-2024
VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS \$ 3.382.631

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	3.353.631-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	3.382.631
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	29.000-

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	2.989.948	29.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 29.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS \$ 3.353.631


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900208468
Calle 26 51-53 - Conm. (1)749 0000 - Cod.Postal 111321
www.cundinamarca.gov.co
NIT 899999114-0



Gobernación de
Cundinamarca

GESTIÓN CONTRACTUAL

RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE
CONTRATOS/CONVENIOS

CÓDIGO: A-GC-FR-033

VERSIÓN: 04

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
	2	12	2024		28	6	2024		27	12	2024
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARÍA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL			
CONTRATO N°				PRINCIPAL				ADICIONAL			
SS-CPS-589-2024				X							
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				CONTRATISTA - BENEFICIARIO			
3978290				3102433468				YANETH CARDENAS RUBIO			
								DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
								calle 51a No 36-34 Sur			
								*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO			
								*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO			

SI NO SE APLICA EN TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIAR LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS:

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS EN LOS PROCESOS DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE Y DEL CONSUMO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CUNDINAMARCA

CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO

CLÁUSULA 4.- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de VEINTE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE (\$20.295.786), 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° 7100051521 del 22 de Mayo de 2024 por valor de \$20.295.786. La SECRETARÍA DE SALUD pagará al Contratista el valor del contrato en SIETE (7) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso, • CINCO (5) pagos sucesivos mensuales por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESO 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).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP Salud Publica	VALOR DEL PAGO	\$	3.382.631
PAGO N°	6	DE	7	CAJA SOCIAL		
CUENTA N°				AHORROS		
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR		ANTICIPO			VALOR
DEPARTAMENTO	\$	20.295.786	PORCENTAJE DEL ANTICIPO			-
			VALOR ANTICIPADO			\$
			VALOR DEL ANTICIPO			\$
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO			\$
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO			\$
			SALDO AMORTIZACIÓN			\$
			VALOR BRUTO A PAGAR			3.382.631
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS			17.251.418
			SALDO POR EJECUTAR			3.044.368
TOTAL	\$	20.295.786				

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO
28	6	2024

NÚMERO DE RPC

4600023290

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO
26	11	2024

NÚMERO DE PLANILLA

81383418

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	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año
	NO			29	11	24	6			1	11	2024		30	11	2024
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión				Terminación Anticipada		Supervisión				No Aplica			X

OBSERVACIONES (si se requiere)

Sin observaciones

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	MARILYN ISVETH ANYUL REDONDO MONTOYA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUE
CARGO Y DEPENDENCIA:	Subdirectora Técnica Subdirección del Laboratorio de Salud Pública	CARGO Y DEPENDENCIA:	Director Administrativo y Financiero	CARGO Y DEPENDENCIA:	Secretaría de Salud
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/16