SS- CPS - 685- 2024

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 14 CONTR SALUD PUBLICA 33700 10500 32600 25 MARZO 2025 |
| **Fecha Pago** | 25/03/2025 |
| **Hora Pago** | 16:42 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 80357515 | **Referencia** | 3100000000032600 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX7614 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 2.236.974,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

879218

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300135470

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 25.03.2025 |
| Referencia Del Documento: | CTA COB 7 | Fecha Impresión de Factura: | 25.03.2025 |
| Centro Gestor: | R1197.01 | Nombre de la Dependencia: | SALUD PUBL COLECTIVA RESERVA |
| 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 8 DE 9 SS CPS 685 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.255.974

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 2.236.974- |
| 002 | 5508070000 | 81 | Asistencia técnica | 2320202008 | 1.804.780 |
| 003 | 5508070000 | 81 | Asistencia técnica | 2320202008 | 451.194 |
| 004 | 2436270000 | 50 | Reteica Compras | XRETENCION/DEDUCCION08 | 19.000- |

## 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 | 1.994.082 | 19.000- |

VALOR DESCUENTOS: $ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.236.974

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 | 3 | 2025 | | 5 | 7 | 2024 | | 15 | 2 | 2025 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | Secretaria de Salud | SECCIÓN PRESUPUESTAL | R- 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 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 días trabajados desde el inicio de la adición hasta el último día 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 días 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 | SUBCUENTA SALUD PUBLICA COLECTIVA | VALOR DEL PAGO | $ 2.255.974 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 8 DE 9 | BANCO | DAVIVIENDA | | |
| CUENTA N° | | 055045500097614 | | AHORROS | |

| | NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO | $ 12.783.853 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | | VALOR ANTICIPADO | $ - |
| | | | VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $ 3.835.156 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $ 2.255.974 |
| | | | VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 15.491.021 |
| | TOTAL | $ 16.619.009 | SALDO POR EJECUTAR | $ 1.127.988 |

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 |
|---|---|---|---|
| 7 | 03 | 2025 | 9479173511 |

| 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 | | | 11 | 3 | 2025 | 7 | | 1 | 1 | 2025 | 30 | 1 | 2025 |

| 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 CANILO SALGADO ESCOBAR | NOMBRE: | DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA |