CPS - 723 - 2024.

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 13 CONTRATISTAS 33700 31100 32600 SALUD PUBLICA MARZO 27 2025
Fecha Pago	27/03/2025
Hora Pago	13:55

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	3074813	**Referencia**	3100000000032600
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX0855	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 2.236.974,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300135660

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	27.03.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB 7	Fecha Impresión de Factura:	27.03.2025
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:	4700009726
NIT del Tercero:	3074813	Código del Tercero:	2300000658
Nombre del Tercero:	MARLON SALGADO ZAMBRANO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 8 DE 9 SS CPS 723 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	2.255.974
003	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

2900181735.

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

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
	17	3	2025		10	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-723-2024		X	MARLON SALGADO ZAMBRANO	3074813
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3229445993		CL 5 # 4-27	julisonsal@yahoo.es
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	VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente contrato es la suma de DIECISÉIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRECE PESOS M/CTE ($12,783,853). La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagará al contratista el valor de la adición del contrato por la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE ($3.459.160). de la siguiente manera: Un primer pago por SETENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS ($75.199) M/CTE, cada uno correspondientes a el día trabajado del mes diciembre de 2024. Un segundo pago mensual por un valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS ($2.255.974) M/CTE correspondientes al mes de enero de 2025. Un último pago proporcional por valor de UN MILLÓN CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETEPESOS ($1.127.987) M/CTE correspondiente a los 15 días trabajados del mes de febrero del 2025." 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	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°	18828230855			AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 12.783.853,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ 3.459.160	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 2.255.974
TOTAL		$ 16.243.013	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 15.115.026
			SALDO POR EJECUTAR	$ 1.127.987

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
24	12	2024	4700009726

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
7	01	2025	9479107358

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			10	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 CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUB DIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

5

56 / 175399