CPS- 1197-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 13 CONTRATITAS 31100 10100 10102 ORDINARIO DIC 11 2024
Fecha Pago	11/12/2024
Hora Pago	14:19

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1015468074	**Referencia**	3100000000031100
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX7750	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 3.353.631,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8379254

GIRADO TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300156807

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	10.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 3	Fecha Impresión de Factura:	10.12.2024
Centro Gestor:	1197.B	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Fondo:	3-1100	Nombre del Fondo:	FONPET Departamento
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600025877
NIT del Tercero:	1015468074	Código del Tercero:	2300044357
Nombre del Tercero:	JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 4 SS CPS 1187 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	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.353.631-
002	5502160002	81	Servcios 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 Deducción
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

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
	2	12	2024		27	9	2024		31	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197B

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-1187-2024	X		JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA	1015468074

TELEFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
7034184	3112268483	CR 100 50 B 45 SUR SEC 1 TO 12 APTO 202	jes_tat@hotmail.com

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

OBJETO	PRESTAR SOPORTE TECNICO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES CRUE AL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, URGENCIAS Y EMERGENCIAS
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en CUATRO (4) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • DOS (2) pagos sucesivos mensuales por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE ($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). 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	3-1100	NOMBRE DEL FONDO	FONPET Departamento	VALOR DEL PAGO	$ 3.382.631
PAGO N°	3 DE 4	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°		.0550488403237750		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 10.711.665,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.382.631
		VR TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 7.216.280
TOTAL	$ 10.711.665	SALDO POR EJECUTAR	$ 3.495.385

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
25	09	2024	4600025877

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
18	11	2024	81834677

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			29	11	2024	3		1	11	2024	30	11	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:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	Directora CRUE	CARGO Y DEPENDENCIA:	Director Administrativo y Financiero	CARGO Y DEPENDENCIA:	Secretaría de Salud
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

56/165422