

C 15- 981- 2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 28 CONT SALUD PUB 33700 31100 10100 DIC 13 2024
Fecha Pago	13/12/2024
Hora Pago	11:32

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1022949594	Referencia	3100000000031100
Nombre			
No. Producto o Servicio	XXXXXXXXXXXX5606	Banco	DAVIVIENDA
Destino			
Valor	\$ 4.981.734,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8390688

GIRADO
TESORERIAGobernación de
CundinamarcaFormato GF-006
Documento de Pago No.3300158232

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	12.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 4	Fecha Impresión de Factura:	12.12.2024
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-1100	Nombre del Fondo:	FONPET Departamento
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600024641
NIT del Tercero:	1022949594	Código del Tercero:	2300037959
Nombre del Tercero:	ANDREA FERNANDA RAMIREZ SOTO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 6 SS CPS 981 2024

VALOR BRUTO FACTURA: CINCO MILLONES QUINCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS \$ 5.015.734

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	4.981.734-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	5.015.734
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	34.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	4.433.467	34.000-

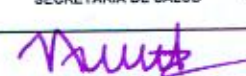
VALOR DESCUENTOS: \$ 34.000

VALOR NETO A PAGAR: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS \$ 4.981.734


 NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900210377.


 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																						
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS										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											
		4		12		2024				1		8		2024				30		12		2024											
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA								SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197-01																	
CONTRATO N°				PRINCIPAL				ADICIONAL				CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																	
SS-CPS-981-2024				X								ANDREA FERNANDA RAMÍREZ SOTO				1022948594																	
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO																					
NO APLICA				3203720032				CALLE 48P SUR 5H 18				andresotto215@gmail.com																					
								*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO																					
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*																																	
OBJETO		"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, Y SU ARTICULACIÓN CON LAS RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".																															
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		El total del presente contrato es la suma de VEINTICINCO MILLONES SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS MCTE (\$25.078.670), 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° 7100053112 del 26 de junio de 2024 por valor de \$30.094.404 y Concepto Precontractual N° 000003668 de fecha 21 de junio de 2024 por valor de \$30.094.404. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • Un primer pago proporcional al valor de los honorarios mensuales, desde la fecha de inicio pactada en el acta que para tales efectos se suscriba y hasta el 30 del mes correspondiente. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales por el valor de CINCO MILLONES QUINCE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE (\$ 5.015.734), correspondiente a los honorarios mensuales. • El último pago será proporcional a 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 DPTO				VALOR DEL PAGO		\$		5.015.734																	
PAGO N°		4		DE		6		BANCO				DAVIVIENDA				AHORROS																	
CUENTA N°								0550488440515606																									
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN				VALOR				ANTICIPO				VALOR																					
DEPARTAMENTO		\$		25.078.670,00				PORCENTAJE DEL ANTICIPO																									
								VALOR ANTICIPADO				\$		-																			
								VALOR DEL ANTICIPO				\$		-																			
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$		-																			
								AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$		-																			
D I C I O N								SALDO AMORTIZACIÓN				\$		-																			
DEPARTAMENTO		\$						VALOR BRUTO A PAGAR				\$		5.015.734																			
								VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$		20.062.936																			
TOTAL		\$		25.078.670				SALDO POR EJECUTAR				\$		5.015.734																			
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA													CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																				
DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE RPG			DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE PLANILLA												
31			07			2024			4600024641			22			11			2024			1067561382												
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	
								2		12		2024		4				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:		RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ						NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS						NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA															
CARGO Y DEPENDENCIA:		SUBDIRECTOR DE GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA						CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO						CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARÍA DE SALUD															
FIRMA:								FIRMA:								FIRMA:																	

55/167073