

**DAVIVIENDA**

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 11 CONTR REC ORD 31100 DIC 27 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	18:32

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	80730621	Referencia	3100000000031100
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6298	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 7.877.238,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

8469451

GIRADO
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163047

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA . COBRO 2
Centro Gestor: 1197.B
Fondo: 3-1100
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 80730621
Nombre del Tercero: OSCAR JULIAN TELLEZ QUITIAN
Fecha de Contabilización: 27.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 27.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN
Nombre del Fondo: FONPET Departamento
Documento RPC: 4600026848
Código del Tercero: 2300044675

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 2 SS-CPS-1332- 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS \$ 7.931.238

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.877.238-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	2.558.464
003	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	5.372.774
004	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	54.000-

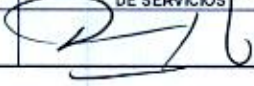
DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7.66XM	7.010.516	54.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 54.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS \$ 7.877.238


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

 Gobierno de CUNDINAMARCA				GESTIÓN CONTRACTUAL				CÓDIGO: A-GC-FR-033																									
RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS								VERSION: 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											
		12		2024				22		11		2024				31		12		2024													
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				DAF. SECRETARÍA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197.B																					
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																							
SS-CPS-1332-2024		X				OSCAR JULIAN TELLEZ QUITIAN				80,730,821																							
TELÉFONO Fijo		NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO																							
		3142742976				CII 104 # 48-40				oscarjuliandavid@gmail.com																							
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO																							
OBJETO		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LOS DIFERENTES PROCESOS INHERENTES A LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE ACUERDO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD ARTICULADOS AL MODELO DE GESTIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA																															
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		El valor del presente contrato es la suma DIEZ MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS (\$10.233.855) suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal COP 7100058593 del 08 de noviembre de 2024, por valor de (\$11.513.087), precontractual No. 0000006816 del 06 de noviembre de 2024, por valor de (\$11.513.087). La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en DOS (2) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • Un (1) segundo pago 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).																															
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3-1100		NOMBRE DEL FONDO		FONPET Departamento		VALOR DEL PAGO		\$		7,931,238																					
PAGO N°		2		DE		2		BANCO		DAVIENIDA																							
CUENTA N°				0550479400006298		AHORROS																											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR																											
DEPARTAMENTO		\$ 10,233,855.00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO																													
				VALOR ANTICIPADO		\$																											
				VALOR DEL ANTICIPO		\$																											
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$																											
ADICION				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$																											
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$																											
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$						7,931,238																					
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$						10,233,855																					
TOTAL		\$ 10,233,855		SALDO POR EJECUTAR		\$																											
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																													
DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE RPE		DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE PLANILLA																			
22		11		2024		4600026848		12		12		2024		82466504-82628135																			
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				17		12		2024		2				12		2024				12		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:		DIANA MARCELA FORERO DELGADO		NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS		NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA																							
CARGO:		DIRECTOR OPERATIVO DE DESARROLLO DE SERVICIOS		CARGO:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		CARGO:		SECRETARIA DE SALUD																							
FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:		