SS 783 - 2024.

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 20 CONTRATIST 10100 31100 32600 33700 SALUD PUBL DIC 27 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	20:10

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	35393451	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3240	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 7.356.544,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

84 69839

GIRADO
TESORERIA

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163077

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	27.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA . COBRO 6	Fecha Impresión de Factura:	27.12.2024
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600023644
NIT del Tercero:	35393451	Código del Tercero:	2300033166
Nombre del Tercero:	MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 6 SS-CPS-788- 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES CUATROCIENTOSDIECINUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS $ 7.419.544

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	7.356.544-
002	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	1.279.232
003	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	6.140.312
004	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	63.000-

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	6.558.224	63.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 63.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS $ 7.356.544

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900216356

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
		12	2024		10	7	2024		29	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197.01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-768-2024	X		MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS	35393451

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
8018296358	3183491848	CALLE 10 No 14a-85 sur sol creciente torre 13 apto 650	mcmorera13@hotmail.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 PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LINEAMIENTOS, DESARROLLO DE CAPACIDADES Y ACCIONES DE ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL EN SALUD ORAL EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031, PARA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"**
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA_4_–_VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE ($43.493.882), 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 CDP N° 7100052670 del 18 de Junio de 2024 por valor de $46.052.346 y Concepto Precontractual N° 0000003469 de fecha 14 de Junio de 2024 por valor de $46.052.346. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • El primer pago será proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($7.675.391). • El último pago será 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 3700	NOMBRE DEL FONDO	SALUD PUBLICA COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 7.419.544
PAGO N°	6 DE 6	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°	476000143240	AHORROS			

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 43.493.882	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 7.419.544
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 43.493.882
TOTAL		$ 43.493.882	SALDO POR EJECUTAR	$ -

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
9	7	2024	4600023644

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
20	11	2024	9477587119
12	12	2024	9478132848

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			Al		
	NO								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
				16	12	24	6			12	24		12	24

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 SALLESTEROS.	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR DE GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

SG/171725