SS-CPS-1358-2024

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 27 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 31100 10100 DIC 26 2024
Fecha Pago	26/12/2024
Hora Pago	19:08

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52414582	**Referencia**	3100000000031100
Nombre			
No. Producto o Servicio	XXXXXXXXXXXX9378	**Banco**	BANCOLOMBIA
Destino		**Estado**	Pago Exitoso
Valor	$ 14.148.350,00		

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8453975

Gobernación de Cundinamarca

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300162700

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	26.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA . COBRO 1	Fecha Impresión de Factura:	26.12.2024
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-1100	Nombre del Fondo:	FONPET Departamento
Verificado por:	ESAFANADORP	Documento RPC:	4600027040
NIT del Tercero:	52414582	Código del Tercero:	2300040439
Nombre del Tercero:	JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 1 SS-CPS-1358-2024

VALOR BRUTO FACTURA: QUINCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS $ 15.200.000

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	14.148.350-
002	5423020043	81	Para proyectos de in	2320202008	15.200.000
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	116.000-
004	2436150000	50	Reten.Empl 383 ET	XRETENCION/DEDUCCION09	465.000-
005	2436050000	50	Svcs	XRETENCION/DEDUCCION09	470.650-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Deducción
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Consultorias y Otras 8.66XM	13.435.462	116.000-
Retención Honorarios - Ret. >150 hast 360 28% Ley 2010 de 12-19	1.662.287	465.000-
UVT Servicios Decreto 0099 del 25.01.201 - 10 UVT Servicios	470.650	470.650-

VALOR DESCUENTOS: $ 1.051.650

VALOR NETO A PAGAR: CATORCE MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS $ 14.148.350

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
	20	12	2024		12	12	2024		20	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECCIÓN PRESUPUESTAL	

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CMC-1358 DE 2024	X		JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO	52.414.582
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
N.A.	3134915214		Cra 7A # 173-21	jbfa75@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	Realizar auditoria interna basada en la norma ISO/IEC 17025:2017, para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el sistema de gestión de calidad del laboratorio de salud pública de Cundinamarca"
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD, pagará al contratista el valor total del contrato en único pago de acuerdo a los servicios efectivamente prestados, una vez se suscriba acta de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato al cumplimiento del 100% del objeto contractual, todas las actividades contempladas en cada uno de los componentes y entrega de informe final, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura, certificación de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato. Parágrafo 1: En todo caso el desembolso se sujetará al Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC, el sistema de pago utilizado por el Departamento y será consignado a una cuenta bancaria (corriente o de ahorros) de la entidad financiera que el CONTRATISTA registre el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. El contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. Parágrafo 2: El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-1100	NOMBRE DEL FONDO	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 15.200.000
PAGO N°	1 DE 1	BANCO	DAVIVIENDA	BANCOLOMBIA	
CUENTA N°		0550466700068300		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 15.200.000,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 15.200.000
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 15.200.000
TOTAL		$ 15.200.000	SALDO POR EJECUTAR	$ -

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
11	12	2024	4600027040

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
18	12	2024	8272421

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	SI	X		22	12	2024	2		5	12	2024	16	12	2024
	NO													

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión			Terminación Anticipada		Supervisión	X	No Aplica	
OBSERVACIONES (si se requiere)											

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	GLORIA MERCEDES FUERTES VALENCIA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIO DE SALUD
FIRMA:	Gloria Fuertes	FIRMA:		FIRMA:	