

CPS- 1166 -2024



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 24 CONT SALUD PUBLICA 33700 31100 06 DIC 2024
Fecha Pago	06/12/2024
Hora Pago	12:52

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1020739611	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9705 Banco		CAJA SOCIAL
Valor	\$ 6.534.461,00 Estado		Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

8 355 451

GIRADO
TESORERÍA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300154981

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 2
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 1020739611
Nombre del Tercero: ANA MARIA FLOREZ GIRALDO

Fecha de Contabilización: 05.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 05.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600025695
Código del Tercero: 2300044269

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 4 SS CPS 1166 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.579.461

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.534.461-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	6.579.461
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	45.000-

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	5.815.665	45.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 45.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.534.461


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

©CundGob © @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900207135
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 intervisor 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 ediciones)		Día	Mes	Año			
		25	11	2024			17	9	2024			31	12	2024			
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197-01					
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT							
SS-CPS-1166-2024		X				ANA MARIA FLOREZ GIRALDO				1020739611							
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRONICO							
		3219329830				CALLE 168 # 16A-45				annieflorez078@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 EN LA IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CERS, RELACIONADOS CON LOS PROCESOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, NO CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL Y DEMÁS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.															
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA 4.- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de VEINTITRES MILLONES VEINTIOCHO MIL CIENTO CATORCE PESOS M/CTE (\$23.028.114), 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° 7100055480 del 21 de Agosto de 2024 por valor de \$26.317.844 y Concepto Precontractual N° 0000005515 de fecha 20 de Agosto de 2024 por valor de \$26.317.844. 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 SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE (\$6.579.461), 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		3-3700.		NOMBRE DEL FONDO		SGP SALUD PUBLICA		VALOR DEL PAGO		\$		6.579.461					
PAGO N°		2	DE	4	BANCO		CAJA SOCIAL										
CUENTA N°		24040259705										AHORROS					
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR							
DEPARTAMENTO		\$ 23.028.114,00				PORCENTAJE DEL ANTICIPO											
						VALOR ANTICIPADO				\$ -							
						VALOR DEL ANTICIPO				\$ -							
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$ -							
ADICIÓN		DEPARTAMENTO				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$ -							
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$ -							
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 6.579.461							
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 9.649.876							
TOTAL		\$ 23.028.114				SALDO POR EJECUTAR				\$ 13.378.238							
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL											
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE PLANILLA					
17		09		2024		6		11		2024		9476571335					
NÚMERO DE RPC		4600025695															
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				15	11	24	2		1	10	2024	30	10	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 GESTION				CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIA DE SALUD.			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:					

36/163 263