SS- CPS- 115 - 2025

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 19 CONTRAT SALUD PUBLICA 33700 10500 21 ABRIL 2025
Fecha Pago	21/04/2025
Hora Pago	14:51

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	20767812	**Referencia**	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2407	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 3.353.631,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Gobernación de Cundinamarca

GIRADO TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300137942

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	21.04.2025
Referencia Del Documento:	CTA COB 2-2025	Fecha Impresión de Factura:	21.04.2025
Centro Gestor:	1197.01	Nombre de la Dependencia:	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Fondo:	3-3700	Nombre del Fondo:	SGP salud pública
Verificado por:	LBERNAL	Documento RPC:	4600028380
NIT del Tercero:	20767812	Código del Tercero:	2300020894
Nombre del Tercero:	BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 9 SS CPS 115 2025

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS $ 3.382.631

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	3.353.631-
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	3.382.631
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	29.000-

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	2.989.948	29.000-

VALOR DESCUENTOS: $ 29.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS $ 3.353.631

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
	9	4	2025		17	2	2025		16	10	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO Nº	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-115/2025	X		BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ	20767812
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
NO	3212017999		calle 3#5-39 barrio las palmas nimaima	bibianar2023@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	PRESTAR APOYO A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN EL DESARROLLO DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL ÁREA ASIGNADA DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO PARA LA GESTIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO, El valor del presente contrato es la suma de VEINTISIETE MILLONES SESENTA Y UN MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($27.061.048), suma que incluyo 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° 7100060886 del 15 de Enero de 2025 por valor de $27.061.048 yConcepto Precontractual N° 0000000493 de fecha 13 de Enero de 2025 por valor de $27.061.048. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en NUEVE (9) pagos así: • Un primer pago proporcional a los dias de servicio efectivamente prestados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • SIETE (7) pagos sucesivos mensuales por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE ($3.382.631), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los dias de servicio efectivamente prestados desde el primer dia 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	3-3708	NOMBRE DEL FONDO	SGP - SALUD PUBLICA	VALOR DEL PAGO	$ 3.382.631
PAGO Nº 2	DE 9	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA Nº		89229992407		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 27.061.048,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
TOTAL	$ 27.061,048	VALOR BRUTO A PAGAR	$ 3.382.631
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 4.961.192
		SALDO POR EJECUTAR	$ 22.099.856

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
4	02	2025	4600028380

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
17	02	2025	9481716938

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 Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			8	4	2025	2		1	3	2025	31	3	2025

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: FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	