

CPS- 936- 2024



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 33 CONTRATISTAS 33700 32600 31100 SALUD PUBLICA DIC 18 DE 2024
Fecha Pago	18/12/2024
Hora Pago	12:25

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1030583647	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX6758	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 7.609.391,00	Estado	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogísticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 4
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 1030583647 ✓
Nombre del Tercero: CRISTHIAN LEANDRO SANCHEZ RUIZ
Fecha de Contabilización: 17.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 17.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600024478
Código del Tercero: 2300020462

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 5 SS CPS 936 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.675.391

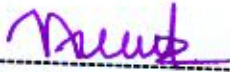
Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	7.609.391- ✓
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	7.675.391
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	66.000-

DESCUENTOS Y/O DEDUCCIONES:

Nombre del Descuento efectuado	Base Gravable aplicada	Vr del Descuento y/o Dedución
Reteica Actividades de Servicios - Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9,66xm	6.784.370	66.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 66.000

VALOR NETO A PAGAR: SIETE MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS \$ 7.609.391


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

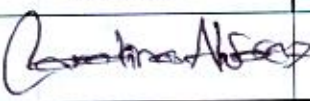
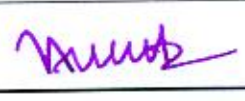
©CundiGov ©@CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900211561

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									
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS							VERSIÓN: 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	11	24				1	8	24			30	12	24	
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARIA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL				1197-01					
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉPULA O NIT							
SS-CPS-936-2024		X				CRISTHIAN LEANDRO SANCHEZ RUIZ				1030583647							
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO									
		3212634641		KR 51 167 50				cristosubreoc@gmail.com									
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*				*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉPULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO									
OBJETO		Prestar servicios como profesional especializado para el fortalecimiento de la gestión y promoción de acciones en salud pública en el marco de la adopción de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para la primera infancia e infancia en el departamento de Cundinamarca.															
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE (\$40.935.419), Suma que incluye los impuestos a que haya lugar. La Secretaría de salud pagará al Contratista el valor del contrato hasta el último día del mes en curso: 1. El primer pago será proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. 2. Cuatro (4) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/TE (\$ 7.675.391). 3. El último pago será proporcional a los días trabajados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal expedido por el Director Financiero de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca.															
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		3 - 3700		NOMBRE DEL FONDO		SALUD PUBLICA		VALOR DEL PAGO		\$ 7.675.391							
PAGO N°		4 DE 5		BANCO		DAVIVIENDA											
CUENTA N°		459200076758															
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO				VALOR									
DEPARTAMENTO		\$ 40.935.419,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO													
				VALOR ANTICIPADO				\$ -									
				VALOR DEL ANTICIPO				\$ -									
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$ -									
A D I C I O N		DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$ -									
				SALDO AMORTIZACIÓN				\$ -									
				VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 7.675.391									
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 30.701.564									
TOTAL		\$ 40.935.419		SALDO POR EJECUTAR				\$ 10.233.855									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL											
DÍA MES AÑO						DÍA MES AÑO											
30 7 24						5 12 24											
NÚMERO DE RPC						NÚMERO DE PLANILLA											
4600024478						82128592											
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			Al			
		NO				12	12	24	4		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
											1	11	24	30	11	24	
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica		X					
OBSERVACIONES (si se requiere)		La casilla de valor total de pagos realizados esta por \$30.701.564 suma que incluye el valor bruto a pagar por el valor de \$7.675.391															
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN						ORDENADOR DEL GASTO							
NOMBRE:		LITH CAROLINA ALVAREZ BUITRAGO				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA			
CARGO Y DEPENDENCIA:		SUPERVISORA				CARGO Y DEPENDENCIA:		DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA:		SECRETARIO DE SALUD			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:					

53/168846