



DAVIVIENDA

SS . CPS - 1187 - 2024

## Comprobante de Pago

### Datos del Proceso de Pago

**Nombre Empresa** DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA  
**Nombre Proceso** PAGO 10 CONTRATISTAS 10100 10102 31100 ORDINARIO FEB 13 DE 2025  
**Fecha Pago** 13/02/2025  
**Hora Pago** 13:14

### Detalle Proceso de Pago

<b>Nit Destino</b>	1015468074	<b>Referencia</b>	3100000000031100
<b>Nombre</b>			
<b>No. Producto o Servicio Destino</b>	XXXXXXXXXXXX7750	<b>Banco</b>	DAVIVIENDA
<b>Valor</b>	\$ 3.465.385,00	<b>Estado</b>	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.  
Portal Empresarial



Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM  
Referencia Del Documento: CTA COB 4  
Centro Gestor: 1197.B  
Fondo: 3-1100  
Verificado por: LBERNAL  
NIT del Tercero: 1015468074  
Nombre del Tercero: JESSEL TATIANA ORJUELA VILLARRAGA

Fecha de Contabilización: 31.12.2024  
Fecha Impresión de Factura: 31.12.2024  
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA OTROS GASTOS EN  
Nombre del Fondo: FONPET Departamento  
Documento RPC: 4600025877  
Código del Tercero: 2300044357

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 4 DE 4 SS CPS 1187 2024

VALOR BRUTO FACTURA: TRES MILLONES CUATROCIENTOSNOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS \$ 3.495.385

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010012	31	Bienes y servicios S	XACREEDOR/DEUDOR	3.465.385-
002	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	789.280
003	5502160002	81	Servicios Técnicos	2320202008	2.706.105
004	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	30.000-

**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	3.089.613	30.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 30.000

VALOR NETO A PAGAR: TRES MILLONES CUATROCIENTOSSESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS \$ 3.465.385

*Neidy Tinjaca Rueda*  
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
		12	2024			27	9		2024		31

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197B
--	-------	----------------------	-------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA D NIT
-------------	-----------	-----------	----------------------------	--------------

SS-CPS-1187-2024	X		JESSEL TATIANA CRJUELA VILLARRAGA	1015468074
------------------	---	--	-----------------------------------	------------

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
---------------	----------------	------------------------------	--------------------

7034184	3112268483	CR 100 50 B 45 SUR SEC 1 TO 12 APTO 202	jes_tat@hotmail.com
---------	------------	---	---------------------

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	CÉDULA D NIT TERCERO ALTERNATIVO
---	----------------------------	----------------------------------

OBJETO	PRESTAR SOPORTE TECNICO DESDE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES CRUE AL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARRREFERENCIA, URGENCIAS Y EMERGENCIAS
--------	--

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 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 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	3-1102	NOMBRE DEL FONDO	FONPET Departamento	VALOR DEL PAGO	\$ 3.495.385
PAGO N°	4	DE	4	BANCO	DAVIVIENDA
CUENTA N°	0550488403237750			AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
-------------------------------	-------	----------	-------

DEPARTAMENTO	\$ 10.711.665,00	VALOR ANTICIPADO	\$ -
--------------	------------------	------------------	------

VALOR DEL ANTICIPO	\$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
--------------------	------	-----------------------	------

AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -	SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
---------------------------------	------	--------------------	------

VALOR BRUTO A PAGAR	\$ 3.495.385	VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 10.711.665
---------------------	--------------	----------------------------	---------------

TOTAL	\$ 10.711.665	SALDO POR EJECUTAR	\$ -
-------	---------------	--------------------	------

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE NPC
25	09	2024	4600025877

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLAKELA
10	12	2024	81878595

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al			
	X		11	12	2024			4	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	NO													

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:	LILIA MARIA CALDERON CASTRO	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
---------	-----------------------------	---------	-----------------------------------	---------	-----------------------------

CARGO Y DEPENDENCIA:	Directora CRUE	CARGO Y DEPENDENCIA:	Director Administrativo y Financiero	CARGO Y DEPENDENCIA:	Secretaria de Salud
----------------------	----------------	----------------------	--------------------------------------	----------------------	---------------------

FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	
--------	--	--------	--	--------	--

05

866

56/A25VE