CPS- 213-2024

DAVIVIENDA

# Comprobante de Pago

**Datos del Proceso de Pago**

| | |
|---|---|
| **Nombre Empresa** | DPTO CUNDINAMARCA |
| **Nombre Proceso** | PAGO 31 CONTRATISTAS 33700 10100 SALUD PUBLICA JULIO 8 DE 2024 |
| **Fecha Pago** | 08/07/2024 |
| **Hora Pago** | 16:31 |

**Detalle Proceso de Pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nit Destino** | 80357515 | **Referencia** | 3100000000033700 |
| **Nombre** | | | |
| **No. Producto o Servicio Destino** | XXXXXXXXXXXX7614 | **Banco** | DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 2.236.974,00 | **Estado** | Pago Exitoso |

**© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

7621816

Gobernación de Cundinamarca

# Formato GF-006
# Documento de Pago No.3300139274

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clase Documento | RE Factura LogisiticaMM | Fecha de Contabilización: | 08.07.2024 |
| Referencia Del Documento: | CTA COB 3 | Fecha Impresión de Factura: | 08.07.2024 |
| 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: | 4600020732 |
| NIT del Tercero: | 80357515 | Código del Tercero: | 2300022700 |
| Nombre del Tercero: | EDGAR JHOANY GARZON DIAZ | | |

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 3 DE 4 SS CPS 213 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.255.974

| Posición | Cuenta | Clave | Texto breve cuenta | PosPre | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 001 | 2480040000 | 31 | Acciones salud pub | XACREEDOR/DEUDOR | 2.236.974- |
| 002 | 5502160002 | 81 | Servcios Técnicos | 2320202008 | 2.255.974 |
| 003 | 2436270000 | 50 | Reteica Compras | XRETENCION/DEDUCCION08 | 19.000- |

## 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 | 1.994.082 | 19.000- |

VALOR DESCUENTOS: $ 19.000

VALOR NETO A PAGAR: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS $ 2.236.974

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

2900187669

| Gobernación de CUNDINAMARCA | GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: A-GC-FR-033 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 03 |
| | RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS | FECHA: 02/08/2023 |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21 | 6 | 2024 | | 20 | 3 | 2024 | | 4 | 6 | 2024 |

| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | Secretaria de Salud | SECCIÓN PRESUPUESTAL | 1197-01 |
|---|---|---|---|

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIONAL | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|
| SS-CPS-213-2024 | X | | EDGAR JHOANY GARZON DIAZ | 80.357.515 |
| **TELÉFONO FIJO** | **NÚMERO CELULAR** | | **DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| | 321 2974859 | | CL 2 #10-37 BRR CONSOLATA | edgarchato0714@hotmail.com |
| **SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*** | | | ***NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO** | ***CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO** |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | "APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE IMPACTAN EN LA MORBIMORTALIDAD DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA." |
| CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE ($5.639.935), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100048320 del 05 deMarzo de 2024 por valor de $6.767.922 y Concepto Precontractual N°0000000740 de fecha 26 de Febrero de 2024 por valor de $6.767.922. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en TRES (3) pagos así: • Un primer pago proporcional al valor de los honorarios mensuales por los dias de prestación efectiva del servicio, desde la fecha de inicio pactada en el acta que para tales efectos se suscriba y hasta el 30 del mes correspondiente. • DOS (2) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), correspondiente a los honorarios mensuales. 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). |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 3-3700 | NOMBRE DEL FONDO | SGP SALUD PÚBLICA COLECTIVA | VALOR DEL PAGO | $ 2.255.974 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 3 DE 4 | BANCO | DAVIVIENDA | | |
| CUENTA N° | 055045500097614 | | | AHORROS | |

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR |
|---|---|
| DEPARTAMENTO | $ 5.639.935 |
| ADICIÓN DEPARTAMENTO | $ - |
| TOTAL | $ 5.639.935 |

| ANTICIPO | VALOR |
|---|---|
| PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| VALOR ANTICIPADO | $ - |
| VALOR DEL ANTICIPO | $ - |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $ - |
| SALDO AMORTIZACIÓN | $ - |
| VALOR BRUTO A PAGAR | $ 2.255.974 |
| V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $ 5.339.138 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 300.797 |

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE RPC |
|---|---|---|---|
| 15 | 03 | 2024 | 4600020732 |

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| DIA | MES | AÑO | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 6 | 05 | 2024 | 9465922419 |

| 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 | | | 21 | 6 | 2024 | 3 | | 1 | 5 | 2024 | 30 | 5 | 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: | MARTHA LUCIA SILVERA MALAGON | NOMBRE: | LAURA ALEJANDRA FRAILE PULGARIN | NOMBRE: | NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | CARGO: | DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | CARGO: | SECRETARIA DE SALUD |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

3300139274

JG/146701