



DAVIVIENDA

SS - CPS - 686 - 2024



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 3 CONTRATISTAS SALUD PUBLICA CXP 33700 32600 13 FEB 2025
Fecha Pago	13/02/2025
Hora Pago	16:06

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1071889125	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9094	Banco	BANCO AGRARIO
Valor	\$ 1.369.333,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de Cundinamarca

8636466

Formato GF-006

Documento de Pago No.3300163980

GIRADO
TESORERIA

Clase Documento RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA .COBRO 6
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: ESAFANADORP
NIT del Tercero: 10718891257
Nombre del Tercero: HEIDY HUERTAS ARIAS

Fecha de Contabilización: 31.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 31.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600023367
Código del Tercero: 2300007615

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 6 DE 9 SS-CPS-686-2024

VALOR BRUTO FACTURA: UN MILLÓN TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS \$ 1.387.987

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2401010000	31	Bnes.-Svcs	XACREEDOR/DEUDOR	1.369.987
002	5502160002	81	Servcios Técnicos	2320202008	1.387.987
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	18.000-

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	1.878.658	18.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 18.000

VALOR NETO A PAGAR: UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS \$ 1.369.987

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

-654.

= 1'369.333 Gms

 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	2024		2	7	2024		15	2	2025																	
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA			SECRETARÍA DE SALUD					SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197-01																	
CONTRATO N°		PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CEDULA O NIT																		
SS-CPS-686-2024		X				HEIDY HUERTAS ARIAS				1.071.889.125																		
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO																		
		317-298-2177				BARIO GUADALUPE SALCEDO CRA7 2 43				HEIDYHUERTAS_010@HOTMAIL.COM																		
SOLO SE APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIAR LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*								*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO																		
OBJETO	PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD EN REFERENCIA A LAS ETV Y ZOONOSIS EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA																											
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS PESOS MCTE (\$12.783.853), suma que incluye los impuestos a que hayalugar, la SECRETARÍA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100052611 del 15 de Junio de 2024 por valor de \$13.535.344 y Concepto Precontractual N° 000003299 de fecha 11 de Junio de 2024 por valor de \$13.535.844. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$2.255.974). 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 COLECTIVA			VALOR DEL PAGO	\$		1.579.182																	
PAGO N°	6		DE	9		BANCO		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA																				
CUENTA N°				4-319-20-00909-4						AHORROS																		
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																		
DEPARTAMENTO		\$ 12.783.853				PORCENTAJE DEL ANTICIPO																						
						VALOR ANTICIPADO				\$																		
						VALOR DEL ANTICIPO				\$																		
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$																		
DEPARTAMENTO		\$ 4.060.753				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$																		
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$																		
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 1.579.182																		
						VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 12.783.853																		
TOTAL		\$ 16.844.606				SALDO POR EJECUTAR				\$ 4.060.753																		
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																						
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE RUC</td></tr><tr><td>2</td><td>07</td><td>2024</td><td>4600023367</td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RUC	2	07	2024	4600023367	<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td>NÚMERO DE PLANILLA</td></tr><tr><td>10</td><td>12</td><td>2024</td><td>9478732493</td></tr></table>							DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA	10	12	2024	9478732493
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RUC																									
2	07	2024	4600023367																									
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA																									
10	12	2024	9478732493																									
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						27		12		2024		6				12		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:		FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA														