



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 14 CONTR SALUD PUBLICA 33700 31100 DIC23 2024
Fecha Pago	24/12/2024
Hora Pago	08:47

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52816389	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio	XXXXXXXXXXXX1693	Banco	BANCOLOMBIA
Destino			
Valor	\$ 217.315,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de
Cundinamarca

8443881

GIRADO
TESORERÍA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300162345

Clase Documento	RE Factura LogisiticaMM	Fecha de Contabilización:	23.12.2024
Referencia Del Documento:	CTA COB 1	Fecha Impresión de Factura:	23.12.2024
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:	4600026563
NIT del Tercero:	52816389	Código del Tercero:	2300044326
Nombre del Tercero:	ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO		

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 1 DE 3 SS CPS 1246 2024

VALOR BRUTO FACTURA: DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS \$ 219.315

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	217.315-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	219.315
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	2.000-

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	219.315	2.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 2.000

VALOR NETO A PAGAR: DOSCIENTOS DIECISIETE MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS \$ 217.315


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR

ENTIDAD CERTIFICADA



Secretaría de Hacienda

CundiGov @CundinamarcaGov
www.cundinamarca.gov.co

2900214951
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	12	2024		30	10	2024		31	12	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-1246-2024	X		ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO		52.816.389	
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO	
	3134825361		CALLE 13 # 01-74		andrunas16@hotmail.com	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO		*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO	

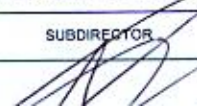
OBJETO	Prestar servicios profesionales desde la gestión de la salud pública desarrollando capacidades para la implementación de las acciones de promoción y atención de la salud auditiva en población de la economía popular y comunitaria
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente contrato es la suma de CATORCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS MCTE \$14.255.499, suma que incluye 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° 7100056690 del 20 de Septiembre de 2024 por valor de \$19.738.383 y Concepto Precontractual N° 0000006075 de fecha 17 de Septiembre de 2024 por valor de \$19.738.383. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en TRES (3) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • UN (1) pagos sucesivos mensuales por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE (\$6.579.461), 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	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	\$	219.315
PAGO N°	1	DE	3	BANCO	BANCOLOMBIA	
CUENTA N°		58930681693				AHORROS
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR		ANTICIPO		VALOR	
DEPARTAMENTO	\$	14.255.499,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO			
D I C I O N	DEPARTAMENTO	\$	-	VALOR ANTICIPADO	\$	-
				VALOR DEL ANTICIPO	\$	-
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$	-
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$	-
				SALDO AMORTIZACIÓN	\$	-
				VALOR BRUTO A PAGAR	\$	219.315
TOTAL		\$	14.255.499	SALDO POR EJECUTAR \$ 14.036.184		

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
28	10	2024	4600026563	17	10	2024	9475558265

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	11		12	24	1			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X				

OBSERVACIONES (si se requiere)	Se revisa pago de planilla de seguridad social y se ajusta de acuerdo a IBC											
--------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SUPERVISOR/INTERVENTOR			ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN			ORDENADOR DEL GASTO		
NOMBRE:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ		NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY		NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA	
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR		CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD	
FIRMA:			FIRMA:			FIRMA:	