



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	\$ 6.523.461,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

8443881

GIRADO
TESORERIAGobernación de
CundinamarcaFormato GF-006
Documento de Pago No.3300162349

Clase Documento: RE Factura LogisiticaMM
Referencia Del Documento: CTA COB 2
Centro Gestor: 1197.01
Fondo: 3-3700
Verificado por: LBERNAL
NIT del Tercero: 52816389
Nombre del Tercero: ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO

Fecha de Contabilización: 23.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 23.12.2024
Nombre de la Dependencia: SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA
Nombre del Fondo: SGP salud pública
Documento RPC: 4600026563
Código del Tercero: 2300044326

Nombre del Alternativo:

Descripción: PAGO 2 DE 3 SS CPS 1246 2024

VALOR BRUTO FACTURA: SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.579.461

Posición	Cuenta	Clave	Texto breve cuenta	PosPre	Valor
001	2480040000	31	Acciones salud pub	XACREEDOR/DEUDOR	6.523.461-
002	5502160001	81	Servicios Profes.	2320202008	6.579.461
003	2436270000	50	Reteica Compras	XRETENCION/DEDUCCION08	56.000-

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	5.815.665	56.000-

VALOR DESCUENTOS: \$ 56.000

VALOR NETO A PAGAR: SEIS MILLONES QUINIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOSSESENTA Y UN PESOS \$ 6.523.461

Aut

NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR



2900214953

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

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	12	2024		30	10	2024		31	12	2024
SECRETARIA 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		
SÓLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DIFERENCIAR LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*					*FORMA 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										
CLÁUSULA 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 M/CTE \$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° 7100056650 del 20 de Septiembre de 2024 por valor de \$19.738.383 y Concepto Precontractual N° 000006075 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 M/CTE (\$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		\$ 6.579.461		
PAGO N°	2	DE	3	BANCO		BANCOLOMBIA					
CUENTA N°		58930681693						AHORROS			
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO				VALOR			
DEPARTAMENTO		\$ 14.255.499,00		PORCENTAJE DEL ANTICIPO							
				VALOR ANTICIPADO				\$ -			
				VALOR DEL ANTICIPO				\$ -			
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$ -			
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$ -			
D I C I O N		DEPARTAMENTO		SALDO AMORTIZACIÓN							
		\$		VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 6.579.461			
				V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 6.798.776			
TOTAL		\$ 14.255.499		SALDO POR EJECUTAR				\$ 7.456.723			
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
28		10		2024		11		12		2024	
NÚMERO DE RPC						NÚMERO DE PLANILLA					
4600026563						9477025190					
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	
		NO				11 12 24		2		del 1 11 2024 al 30 11 2024	
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:			