



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	DPTO DE CUNDINAMARCA TESORERIA
Nombre Proceso	PAGO 56 CONTR SALUD PUBLICA 33700 32600 31100 10100 DIC 27 2024
Fecha Pago	27/12/2024
Hora Pago	20:49

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	52816389	Referencia	3100000000033700
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX1693	Banco	BANCOLOMBIA
Valor	\$ 6.523.461,00	Estado	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



Gobernación de
Cundinamarca

8470992

GIRADO
TESORERIA

Formato GF-006
Documento de Pago No.3300163089

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

Fecha de Contabilización: 27.12.2024
Fecha Impresión de Factura: 27.12.2024
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 3 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	Servcios Profes.	2320202008	1.315.893
003	5502160001	81	Servcios Profes.	2320202008	5.263.568
004	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


NEIDY TINJACA RUEDA
ORDENADOR



2900216401
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 ediciones)	Día	Mes	Año
		12	2024		30	10	2024		31	12	2024
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA				SECRETARÍA DE SALUD				SECCIÓN PRESUPUESTAL			
CONTRATO N°				PRINCIPAL				ADICIONAL			
SS-CPS-1246-2024				X							
TELEFONO FIJO				NÚMERO CELULAR				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
				3134825361				CALLE 13 # 01-74			
								*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO			
								*CEDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO			
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIAR LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*											
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 MCTE \$14.255.499, suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARÍA 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) pago sucesivos mensuales por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE (\$6.579.461). • 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°		3 DE 3		BANCO		BANCOLOMBIA					
CUENTA N°		58930681693									
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		\$ -					
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$ 6.579.461					
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$ 13.378.237					
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 877.262					
TOTAL		\$ 14.255.499		SALDO POR EJECUTAR		\$					
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL							
DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO				NÚMERO DE PLANILLA			
28 10 2024				12 12 2024				9478834110			
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				18 12 24		3		Día Mes Año	
										12 2024	
										12 2024	
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica X	
OBSERVACIONES (si se requiere)											
El presente pago se realiza con el fin de dar cumplimiento a los plazos establecidos en la circular N° 000010 de octubre de 2024 de la Secretaría de Hacienda y se informa que el contratista cumplió con sus actividades al 100%. Se realizó la verificación de la planilla de pago de seguridad social 9478834110 cancelada el día 2024-12-12 correspondiente al periodo de cotización del mes de Noviembre de 2024, igualmente, se verificó la planilla de pago de seguridad social 947899865 con fecha de pago 18/12/2024 correspondiente al periodo de cotización del mes de Diciembre del 2024. El contratista se compromete a cargar las EVIDENCIAS en plazo no mayor a cinco (5) días hábiles después de la finalización del contrato en la plataforma SECOP II, y que corresponden al pago No. 3 del contrato de prestación de servicios SS-CPS-1246-2024											
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: SECRETARÍA DE SALUD			