



ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA

NIT :899999172-8

Carrera 11 No 11 - 29 Tel: 884-44-44

COMPROBANTE DE EGRESO N° 2024005105

CÓDIGO SGC

VERSIÓN SGC

FECHA SGC
06/02/2017

CHEQUE

Paguese A ALMONACID GALVIS DIANA CATALINA

Valor en Letras : CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/C

AÑO 2024 MES 10 DIA 10 Valor \$ 4,250,000.00

FECHA COMPROBANTE	10/10/2024	N° COMPROBANTE	2024005105
A FAVOR DE	ALMONACID GALVIS DIANA CATALINA	NIT	35479416
N° CHEQUE O CUENTA	20105828788	VALOR	4,250,000.00
POR VALOR DE	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/C		
TELEFONO	(601)884-5552		
COMPROBANTE AFECTADO	COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR	NÚMERO	2024004620
DETALLE	Pago 1/4 AL CONTRATO CO1.PCCNTR.6723227 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL EN LA LINEA DE INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO. PERIODO:05/09/2024 AL 04/10/2024		
VIGENCIA PRESUPUESTAL	2024		

MOVIMIENTO CONTABLE

Cuenta	Nombre de la cuenta	Rubro	Aux	CenCos	Débito	Crédito
24800401	Acciones de Salud Pública - ALMONACID GALVIS DIANA CATALINA - 35479416	241021903202425175000 50422.3.2.02.02.009 - 21305	0		4,250,000.00	0.00
1110060330	B.COL. CA 337-375316-65 Cuenta Maestra Salud (Salud Pública)		0		0.00	4,250,000.00
SUMAS IGUALES:					4,250,000.00	4,250,000.00

MOVIMIENTOS PRESUPUESTALES

Disponibilidad	2024001655	Registro	2024002352	Obligacion	2024004963
Comprobante Afectado: Pagos		Fecha:	10/10/2024	Número:	2024005082
Cod Rubro	Nombre Rubro	Codigo Fuente	Nombre Fuente	V. Credito	V. ContraCredito
241021903202425175000 50422.3.2.02.02.009 21305	CCPET: Servicios para la comunidad, sociales y personales SGP SALUD PUBLICA	21305	SGP SALUD PUBLICA	4,250,000.00	0.00
Pagos Total :				4,250,000.00	0.00

RETENCIÓN

Descripción	Base Gravable	Porcentaje	Valor Fijo	Valor Retención
Retencion 383	2,811,000.00	0.00	0.00	0.00

Aprobó:	Revisó:	Firma y Sello Beneficiario
---------	---------	----------------------------

C.C ó Nit

Elaboró MOVILLA DE LA HOZ DENIS JUDITH

Modificó MOVILLA DE LA HOZ DENIS JUDITH

Imprimió MOVILLA DE LA HOZ DENIS JUDITH

Resolución DIAN 13028035252426 Del 1-20000

Nombre:	ALMONACID GALVIS DIANA CATALINA	CC o NIT:	35479416
Dirección	CRR 2 N 32 63 TO 3 AP 102	Teléfonos:	(601)884-5552
Objeto:	Pago 1/4 AL CONTRATO CO1.PCCNTR.6723227 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL EN LA LINEA DE INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO. PERIODO:05/09/2024 AL 04/10/2024		

Movimiento Contable COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR N° 2024004620

Cuenta	Nombre de la cuenta	CenCos	Aux	Débito	Crédito
55021601	Acciones de salud Pública	0		4,250,000.00	0.00
24361501	Aempleados Art. 383. E.T	0		0.00	0.00
24800401	Acciones de Salud Pública - ALMONACID GALVIS DIANA CATALINA - 35479416	0		0.00	4,250,000.00

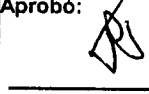
Fecha (d/m/a)	Débitos	Créditos	Valor a Girar
09/10/2024	4,250,000.00	4,250,000.00	4,250,000.00

Movimiento Presupuestal

Vigencia Presupuestal		2024	Disponibilidad Afectada	
Compromiso	Obligación	Rubro	Nombre Rubro Presupuestal	Valor
2024002352	2024004963	24102190320242517 500050422.3.2.02.02. 009 21305	CCPET: Servicios para la comunidad, sociales y personales SGP SALUD PUBLICA	4,250,000.00

Total Presupuesto :	4,250,000.00
---------------------	--------------

Retención				
Descripción	Base Gravable	Porcentaje	Valor Fijo	Valor Retención
Retencion 383	2,811,000.00	0.00	0.00	0.00

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Jose Ivan Sanchez M.		

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

DIRECTOR TECNICO

Dean Paula Quiroz
944081086

SLA

Elaboró SANCHEZ MARTINEZ JOSE IVAN
Modificó SANCHEZ MARTINEZ JOSE IVAN
Imprimió SANCHEZ MARTINEZ JOSE IVAN



ALCALDÍA MUNICIPAL
DE CHÍA

GESTIÓN EN CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL

CÓDIGO

GEC-FT-52-V3

PÁGINA

1 de 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	CO1,PCCNTR.6723227	CONTRATISTA	DIANA CATALINA ALMONACID GALVIS		
FECHA DE CONTRATO	3/09/2024	NIT / CC	35.479.416	TELÉFONO	3233211582
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA DIRECCION DE VIGILANCIA Y CONTROL EN LA LINEA DE INOCUIDAD Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN EL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO.				

CUENTA / PAGO			PERÍODO / CORTE			
1	DE	4	DEL	5/09/2024	AL	4/10/2024

RUBRO PRESUPUESTAL		VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR DE ESTE PAGO	SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO
CUENTA	FUENTE - ARTICULO			
24102190320242 517500050422.3. 2.02.02.009	21305	\$14.875.000	\$4.250.000	\$10.625.000

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
PLANILLA N°	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE	TIPO DE APORTE	VALOR PAGADO
7940281886	SEPTIEMBRE	SALUD	\$212.500
		PENSIÓN	\$272.000
		ARL	\$17.800
TOTAL			\$502.300
VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO.			

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR				
EN CUANTO A LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR, DEJO CONSTANCIA QUE SE VERIFICÓ, SEGÚN EVALUACIÓN REALIZADA EN EL FORMATO DE RE-EVALUACIÓN QUE EL SERVICIO SUMINISTRADO DURANTE ESTE PERIODO FUE:				
☒ EXCELENTE (81 - 100)	☐ BUENO (61 - 80)	☐ REGULAR (41 - 60)	☐ DEFICIENTE (21 - 40)	☐ MALO (0 - 20)

CERTIFICACIÓN	
POR LO ANTERIOR, DEJO CONSTANCIA EXPRESA QUE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL CONTRATISTA FUERON REVISADOS DETALLADAMENTE, VERIFICANDO QUE CUMPLEN COMPLETAMENTE EN SU CONTENIDO, CON LOS REQUERIMIENTOS LEGALES Y CONTRACTUALES ESTABLECIDOS.	
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS 07 DÍAS DEL MES OCTUBRE DEL AÑO 2024	

La presente certificación se entenderá presentada con la firma electrónica impuesta a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.

Nota: Pagar de la cuenta maestra de salud pública, cuenta de ahorros No. 33737531665.

