



**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	2024		8	8	2024		27	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1126
--	--------------------------------------	----------------------	------

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SDSI-CPS-360-2024	X		YUDY MARCELA PARRA DAZA	1.072.895.737
TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	314-243-5980		Calle 2 #3-33 Barrio Oriental Pasca	marcelaparra268@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

**OBJETO**  
 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y REGISTRO DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD QUE SE BENEFICIAN MEDIANTE RECURSOS DE ESTAMPILLA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

**CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO**  
 La secretaria de Desarrollo e Inclusión Social pagará al Contratista el valor del contrato así: CUATRO (4) PAGOS MENSUALES vencidos cada uno por la suma de CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000) MCTE y un ultimo pago por veinte (20) días por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$3.333.333) MCTE.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-0201	NOMBRE DEL FONDO	80% ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	VALOR DEL PAGO	\$	3.333.333
---------------------------	--------	------------------	-----------------------------	----------------	----	-----------

PAGO N°	5	DE	5	BANCO	BANCOLOMBIA
---------	---	----	---	-------	-------------

CUENTA N°	26400032105	AHORROS
-----------	-------------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$ 23.333.333	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	\$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	\$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -
ADICIÓN		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	\$ -
DEPARTAMENTO	\$ -	SALDO AMORTIZACIÓN	\$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	\$ 3.333.333
		VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$ 23.333.333
TOTAL	\$ 23.333.333	SALDO POR EJECUTAR	\$ -

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA				CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC	DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
8	8	2024	4600024827	28	11	2024	9477288679

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			6	12	2024			5	Día	Mes	Año	Día	Mes

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión	Cesión	Terminación Anticipada	Supervisión	No Aplica	X
-----------------------	------------	--------	------------------------	-------------	-----------	---

**OBSERVACIONES (si se requiere)**  
 Se expide la presente certificación de conformidad con el proceso del cierre de la vigencia fiscal 2024. El contratista se compromete a ejecutar sus obligaciones hasta la fecha terminación del contrato. Se anexa planilla de pago de seguridad social del mes de diciembre de 2024 No. 9478107334 de fecha 28/11/2024.

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	GILBERTO ACOSTA GUTIERREZ	NOMBRE:	KAREN NATHALY HERNANDEZ	NOMBRE:	ADRIANA LUCIA MELO MELO
CARGO Y DEPENDENCIA:	Gerente para la Atención a Personas Mayores y Población con Discapacidad	CARGO Y DEPENDENCIA:	Asesor del Despacho	CARGO Y DEPENDENCIA:	Secretaria de lo Social y la Familia
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	