| Gobernación de Cundinamarca | GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: A-GC-FR-033 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 05 |
| | RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS | FECHA: 02/05/2025 |

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 gestión contractual, sistema de compra pública, supervisión, control y procedimiento sancionatorio del Departamento de Cundinamarca.

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7 | 7 | 2025 | | 14 | 2 | 2025 | | 13 | 9 | 2025 |

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

| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SSF-CD-PSP-223-2025 | X | | | | KEVIN MATEO ORTIZ SALAZAR | 1003483318 |

| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
|---|---|---|
| VDA MANUEL SUR | KO8961334@GMAIL.COM | 3228814445 |

| SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS* | *NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO | *CÉDULA O NIT TERCERO |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO A LA POLITICA PÚBLICA EN PRO DE LA GARANTIA DE LOS DERECHOS DE LOS NNA EN LOS MU NICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. |
| CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO | CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del présente contrato es la suma de TREINTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($36.050.000) M/CTE, incluidos todos los impuestos, tasas y contribuciones de orden distrital, nacional y departamental a que haya lugar para la presente vigencia, con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 7100062872 del 4 de febrero de 2025, expedido por el Director Financiero de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca, a cargo de la siguiente imputación presupuestal: Ítem 1, valor $36.050.000, rubro 1126/1-0500/2320202008/6/082/CC/SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FA MILIA/Ingreso Corriente de Libre Destinación/Servicios prestados a las empresas y servicios de producción, Proyecto: 2024/004250189/4102043 FORTALECIMIENTO SOCIAL NNA. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La Secretaría de lo Social y la Familia pagará al Contratista el valor del contrato así: a.) Siete (7) mensualidades vencidas cada una por la suma CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($5.150.000) M/CTE, con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal expedido por el Director Financiero de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca. 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). Los pagos se realizarán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de presentación del certificado de cumplimiento firmado por el supervisor del Contrato. El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores del Departamento de Cundinamarca. PARAGRAFO 1: Si la cuenta de cobro y/o factura no ha sido correctamente elaborada, o no se acompaña de los documentos requeridos para el pago, el término para éste solamente empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma, o se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. |

| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 1-0500 | NOMBRE DEL FONDO | Ingreso Corriente de Libre Destinación | VALOR DEL PAGO | $5.150.000 |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO N° | 4 | DE | 7 | BANCO | Banco Davivienda |
| CUENTA N° | 0550488446537778 | | | | Ahorros |

| | NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO | $36.050.000 | PORCENTAJE DEL ANTICIPO | 0% |
| | | | VALOR ANTICIPADO | $0 |
| | | | VALOR DEL ANTICIPO | $0 |
| | | | AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $0 |
| ADICIÓN | DEPARTAMENTO | $0 | AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO | $0 |
| | | | SALDO AMORTIZACIÓN | $0 |
| | | | VALOR BRUTO A PAGAR | $5.150.000 |
| | | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | $15.450.000 |
| | TOTAL | $36.050.000 | SALDO POR EJECUTAR | $20.600.000 |

| REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA | | | |
|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE RPC |
| 14 | 2 | 2025 | 4600029176 |

| CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA |
| 26 | 6 | 2025 | 1073618989 |

| EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO | | | FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA | Día | Mes | Año | # INFORME SUPERVISA | PERIODO A CERTIFICAR | Del Día | Del Mes | Del Año | Al Día | Al Mes | Al Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | X | | | 7 | 7 | 2025 | 4 | | 14 | 5 | 2025 | 13 | 6 | 2025 |
| NO | | | | | | | | | | | | | | |

| NOVEDADES AL CONTRATO | Suspensión | | Cesión | | Terminación Anticipada | | Cambio de supervisión | | Embargo | | No aplica | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES (si se requiere) | |
|---|---|

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | LUZ DARI TRIVIÑO SABOGAL | NOMBRE: | JULYE VIVIANA LADINO MARTINEZ | NOMBRE: | MARIO ALBERTO CORREA SARMIENTO |
| CARGO Y DEPENDENCIA | GERENTE - SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA. | CARGO Y DEPENDENCIA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO - DESPACHO | CARGO Y DEPENDENCIA | SECRETARIO DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

EA J600188217 08-07-25