Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	CÓDIGO: E-GCCP-FR-033
		VERSIÓN: 06
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 04/09/2025

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
	15	10	2025		15	8	2025		14	11	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1130

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SMUEG-CD-CA-167-2025	X				FUNDACIÓN PUERTAS DE COLORES	9013990406

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 12 C 71 C 30 IN 12 AP 404	PUERTASDEMILCOLORES@GMAIL.COM	3107986247
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO

OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS Y FINANCIEROS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA "DIGNIDAD MENSTRUAL", DIRIGIDA A LAS MUJERES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLÁUSULA CUARTA. – FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS RECURSOS: LA SECRETARÍA realizará el desembolso del valor del presente convenio al ASOCIADO de la siguiente forma: 1. El valor total del convenio será ejecutado a monto agotable, con pagos parciales mensuales vencidos, de acuerdo con los servicios efectivamente prestados en el mes inmediatamente anterior. 2. El valor será pagado por sistema de precios unitarios fijos hasta agotar presupuesto. 3. Cada vez que se presente un informe o cuenta de cobro, la SECRETARÍA pagará el 70% del valor ejecutado durante el mes correspondiente. Por su parte, el ASOCIADO asumirá el 30% restante del valor total de la ejecución mensual reportada. 4. Los informes y cuentas de cobro deberán detallar y discriminar claramente el aporte correspondiente tanto de la SECRETARÍA como del ASOCIADO. Además, estos documentos deberán estar acompañados de los soportes que acrediten la información presentada en el informe. PARAGRAFO PRIMERO: Para efectos de autorizar cada uno de los desembolsos que se determinen de acuerdo al an álisis realizado, deberá acreditarse que se encuentran al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. PARAGRAFO SEGUNDO. El primer informe deberá estar acompañado de los siguientes documentos. 1. Acta de inicio. 2. Acta de comité técnico de inicio (conformación del comité) 3. La presentación del cronograma de los talleres y capacitaciones a desarrollar. 4. Aprobación de las hojas de vida por parte de la supervisión.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3310	NOMBRE DEL FONDO	Fondo de desarrollo integral mujer Cundi	VALOR DEL PAGO	$9.222.500
PAGO N°	2 DE 3	BANCO	Banco Caja Social		
CUENTA N°	24133589973		Ahorros		

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$91.000.000	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	$9.222.500
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$88.419.535
TOTAL		$91.000.000	SALDO POR EJECUTAR	$2.580.465

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
11	8	2025	4600031795

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA
15	10	2025	Johanna Quintero Ramirez

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													
NO				15	10	2025	2		15	9	2025	14	10	2025

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:	YUDY NATALIA CASAS RAMOS	NOMBRE:	Claudia Mireya Castro Rey	NOMBRE:	Gloria Betty Zorro Africano
CARGO Y DEPENDENCIA	GERENTE - GERENCIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS - SECRETARIA DE LA MUJER Y EQUIDAD DE GENERO	CARGO Y DEPENDENCIA	Asesor de Despacho - Secretaria de la Mujer y Equidad de Genero	CARGO Y DEPENDENCIA	Secretaria de Despacho - Secretaria de la Mujer y Equidad de Genero
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	