

 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																							
		25	11	2025			1	10	2025			31	12	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-351-2025		X				YURY VANESSA JIMENEZ PALMA				11136421122																											
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																											
CL 10 14 A 85 SUR SOL CRECIENT						YUVAJIPA21@GMAIL.COM				3158953087																											
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																											
OBJETO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ASISTENCIA EMOCIONAL Y PSICOSOCIAL, FORTALECIMIENTO DE REDES DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A PERSONAS MAYORES ASÍ COMO LA VALORACIÓN DE APOYOS REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.																																			
CLÁUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		CLÁUSULA 6 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.(\$ 15.450.000). La SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 7100070477 de fecha 24 de septiembre de 2025. Aprobado por la Dirección de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda de Cundinamarca, 1 Valor: \$ 16.136.667 COP Rubro: 1126/1-0500/2320202008/6/064/CC/SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA / Ingreso Corriente de Libre Destinación / Servicios prestados a las empresas y servicios de producción. Proyecto: 2024/004250192/1905040 SOLICITUDES VALORACIÓN PCD. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA pagará al Contratista el valor del contrato así: TRES (3) mensualidades cada una por la suma de CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS (\$5.150.000) M/CTE. 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 10 días hábiles siguientes a 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.																																			
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		1-0500		NOMBRE DEL FONDO		Ingreso Corriente de Libre Destinación				VALOR DEL PAGO		\$5.150.000																									
PAGO N°		1		DE		3		BANCO		Banco Davivienda																											
CUENTA N°				488424244777						Ahorros																											
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																											
DEPARTAMENTO		\$15.450.000				PORCENTAJE DEL ANTICIPO				0%																											
						VALOR ANTICIPADO				\$0																											
						VALOR DEL ANTICIPO				\$0																											
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$0																											
ADICION	DEPARTAMENTO	\$0				AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$0																											
						SALDO AMORTIZACIÓN				\$0																											
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$5.150.000																											
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$5.150.000																											
TOTAL		\$15.450.000				SALDO POR EJECUTAR				\$10.300.000																											
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																															
<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td colspan="3">NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td>1</td><td>10</td><td>2025</td><td colspan="3">4600032117</td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC			1	10	2025	4600032117			<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td colspan="3">NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td>27</td><td>10</td><td>2025</td><td colspan="3">90807294</td></tr></table>								DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA			27	10	2025	90807294		
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC																																		
1	10	2025	4600032117																																		
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																																		
27	10	2025	90807294																																		
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				25	11	2025	1			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año																				
												1	10	2025	31	10	2025																				
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Cambio de supervisión		Embargo		No aplica		X																							
OBSERVACIONES (si se requiere)		Se verifico manualmente la planilla No. 90807294 del 27 de octubre de 2025, se adjunta pantallazo de validacion																																			
SUPERVISOR/INTERVENTOR				ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN				ORDENADOR DEL GASTO																													
NOMBRE:		KAREN NATHALY HERNÁNDEZ RUIZ				NOMBRE:		NIDYA XIOMARA ROMERO BOLAÑOS				NOMBRE:		MARIO ALBERTO CORREA SARMIENTO																							
CARGO Y DEPENDENCIA		GERENTE DE BIENESTAR GENERACIONAL- SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA				CARGO Y DEPENDENCIA		CONTRATISTA DIRECCION BIENESTAR GENERACIONAL				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIO DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA																							
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																									