



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 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 |
| | 5 | 12 | 2025 | | 6 | 8 | 2025 | | 5 | 9 | 2025 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------|--|--|------|
| SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA | DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE FUNCIÓN PÚBLICA DE CUNDINAMARCA | | | SECCIÓN PRESUPUESTAL | | | 1114 |
|--|--|--|--|----------------------|--|--|------|

| | | | | | | |
|----------------------|-----------|---------|-----------------|-----------------|----------------------------|--------------|
| CONTRATO N° | PRINCIPAL | ADICIÓN | VIGENCIA FUTURA | PASIVO EXIGIBLE | CONTRATISTA - BENEFICIARIO | CÉDULA O NIT |
| DAFPC-CD-CV-049-2025 | X | | | | PSIGMA CORPORATION SAS | 8300594657 |

| | | |
|-------------------|---------------------|----------|
| DIRECCIÓN | CORREO | TELÉFONO |
| CL 100 19 61 P 12 | info@psigmacorp.com | 6230800 |

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

OBJETO: "REALIZAR LA INSCRIPCIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA PIN, PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS KOMPE ESTATAL QUE REQUIERE EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE FUNCIÓN PÚBLICA DE CUNDINAMARCA".

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO CORRESPONDE A LA SUMA DE CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$14.840.000), EXCLUIDO DE IVA. ESTE VALOR SE ENCUENTRA RESPALDADO POR EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NO. 7100066342 DEL 30 DE MAYO DE 2025. EL PRESENTE CONTRATO ESTÁ SUJETO A REGISTRO PRESUPUESTAL Y EL PAGO DE SU VALOR A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES. EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE FUNCIÓN PÚBLICA DE CUNDINAMARCA, REALIZARÁ UN (1) SOLO PAGO POR VALOR DE CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$14.840.000) EXCLUIDO DE IVA, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA RADICACIÓN DE LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE, DE ACUERDO A LAS PRUEBAS RECIBIDAS (PINES) POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, APLICANDO LOS VALORES ESTABLECIDOS EN LA PROPUESTA ECONÓMICA SEGÚN CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM, PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR, PRESENTACIÓN DE FACTURA O CUENTA DE COBRO, PAZ Y SALVO DE APORTES PARAFISCALES, Y DEMÁS DOCUMENTOS EXIGIDOS POR EL DEPARTAMENTO, EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA PAGO A CONTRATISTAS. EL DAFPC ÚNICAMENTE CANCELARÁ LAS ACTIVIDADES QUE CUENTEN CON CUENTA DE COBRO, PAZ Y SALVO DE APORTES PARAFISCALES, DE ACUERDO CON LOS PRECIOS PRESENTADOS EN LA OFERTA ECONÓMICA PARA CADA CASO CONCRETO. EL DEPARTAMENTO ÚNICAMENTE CANCELARÁ LAS PRUEBAS (PINES) QUE CUENTEN CON LOS SOPORTES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR, DE ACUERDO CON LOS PRECIOS PRESENTADOS EN LA OFERTA ECONÓMICA PARA CADA CASO CONCRETO. PARA EFECTOS DE RELATIVOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, ASÍ COMO LOS PROPIOS DEL SENA, ICBF Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, CUANDO CORRESPONDA.

| | | | | | |
|---------------------------|--------|------------------|--|----------------|--------------|
| FONDO DEL PAGO A REALIZAR | 1-0500 | NOMBRE DEL FONDO | Ingreso Corriente de Libre Destinación | VALOR DEL PAGO | \$14.840.000 |
|---------------------------|--------|------------------|--|----------------|--------------|

| | | | | | |
|---------|---|----|---|-------|-------------|
| PAGO N° | 1 | DE | 1 | BANCO | Bancolombia |
|---------|---|----|---|-------|-------------|

| | | |
|-----------|-------------|-----------|
| CUENTA N° | 03204624157 | Corriente |
|-----------|-------------|-----------|

| NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN | VALOR | ANTICIPO | VALOR |
|-------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| DEPARTAMENTO | \$14.840.000 | 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 | \$14.840.000 |
| | | V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS | \$14.840.000 |
| TOTAL | \$14.840.000 | SALDO POR EJECUTAR | \$0 |

| | |
|--|--|
| REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA | CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL |
| DÍA MES AÑO 15 8 2025 | DÍA MES AÑO 3 9 2025 |
| NÚMERO DE RPC 4600031792 | NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA PSIGMA CORPORATION SAS |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|---|--|-----|-----|------|---------------------|----------------------|-----|-----|------|---|------|
| 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 | | | |
| | | | | 5 | 12 | 2025 | 1 | | Día | Mes | Año | | |
| | | | | | | | | | 6 | 8 | 2025 | | |
| | | | | | | | | | | | 5 | 9 | 2025 |

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

OBSERVACIONES (si se requiere)

| | | | | | |
|------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------|--|
| SUPERVISOR/INTERVENTOR | | ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN | | ORDENADOR DEL GASTO | |
| NOMBRE: | SONIA LILIANA SANABRIA RAMOS | NOMBRE: | JUAN PABLO PRIETO NIETO | NOMBRE: | LUZ MARINA SANCHEZ BOHORQUEZ |
| CARGO Y DEPENDENCIA: | Profesional Universitario | CARGO Y DEPENDENCIA: | JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA Y DE RELACION LABORAL INDIVIDUAL Y COLECTIVA DAFPC | CARGO Y DEPENDENCIA: | Directora - Departamento Administrativo de Función Pública de Cundinamarca |
| FIRMA: | | FIRMA: | | FIRMA: | |

3300174792 W.

8:05 am
10/1/24

10:20 am
5600216495
10/1/25