



<div><div>Gobernación de Cundinamarca</div></div>				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																										
<p>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.</p>																																	
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	5	2026			27	1	2026			26	9	2026																			
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA			SALUD PÚBLICA COLECTIVA						SECCIÓN PRESUPUESTAL			1197.01																					
CONTRATO N°		PRINCIPAL	ADICIÓN	VIGENCIA FUTURA	PASIVO EXIGIBLE	CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CÉDULA O NIT																							
SS-CD-PSP-0536-2026		X				DIEGO JOSE ROMERO CASTAÑEDA				1001054447																							
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																							
CL 189 8 24						DIDIEGO40000@GMAIL.COM				3125313412																							
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*						*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO				*CÉDULA O NIT TERCERO																							
OBJETO		Prestar servicios profesionales en el marco de la gestión de la salud pública para el análisis y sostenimiento del sistema de información SURVEY 123 FOR ArcGIS-Ficha AIEPI frente al seguimiento nominal de los cursos de vida primera infancia e infancia 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 CUARENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$47.802.936), suma que incluye los impuestos a que haya lugar La SECRETARIA DE SALUD pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100077467 del 16 de enero de 2026 por valor de \$47.802.936 y Concepto Precontractual N° 0000002577 de fecha 13 de enero de 2026 por valor de \$47.802.936. El presente Contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. La SECRETARIA DE SALUD pagará al Contratista el valor del contrato así: 1. El primer pago será proporcional a los días de servicio efectivamente prestados, desde el inicio del contrato hasta el día 30 del mes en curso. 2. SIETE (7) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de CINCO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$5.975.367). 3. El último pago será proporcional a los días de servicio efectivamente prestados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del informe del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y constancia de pago de los aportes correspondientes a seguridad social, los cuales deberán cumplirlas previsiones legales. *Que los pagos anteriormente mencionados, estarán sujetos al PAC; 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		3-3700		NOMBRE DEL FONDO		SGP salud pública				VALOR DEL PAGO		\$5.975.367																					
PAGO N°		3		DE		9		BANCO		Banco Davivienda																							
CUENTA N°				488438892918						Ahorros																							
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																							
DEPARTAMENTO		\$47.802.936				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				\$5.975.367																							
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$12.747.450																							
TOTAL		\$47.802.936				SALDO POR EJECUTAR				\$35.055.486																							
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="2">NÚMERO DE RPC</td></tr><tr><td>27</td><td>1</td><td>2026</td><td colspan="2">4600036053</td></tr></table>						DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC		27	1	2026	4600036053		<table><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td><td colspan="2">NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</td></tr><tr><td>10</td><td>4</td><td>2026</td><td colspan="2">71216937</td></tr></table>								DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA		10	4	2026	71216937	
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC																														
27	1	2026	4600036053																														
DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																														
10	4	2026	71216937																														
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				5	5	2026	3			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año																
						1	3	2026	31	3	2026																						
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:		RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ				NOMBRE:		DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS				NOMBRE:		NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA																			
CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/SUBDIRECTOR GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA				CARGO Y DEPENDENCIA		DIRECTOR OPERATIVO/DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA																			
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																					