



Gobernación
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
	22	5	2026		3	2	2026		2	12	2026

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-251-2026	X				ANDRES FERNANDO TRUJILLO RAMIREZ	80850784

DIRECCIÓN	CORREO	TELÉFONO
CL 8 5 21 IN 1 16	AFTRUJILLO@GMAIL.COM	3138898855

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

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS ESPACIOS LÚDICO PEDAGÓGICOS EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

CLÁUSULA 6 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente Contrato corresponde a la suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO CINCO MIL PESOS (\$55.105.000) M/CTE. La SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 7100076835 de fecha 10 de enero de 2026. Aprobado por la Dirección de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda de Cundinamarca, ítem 1, valor \$55.105.000 Rubro: 1126/1-0500/2320202008/6/081/CC/SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA/Ingreso corriente de libre destinación/Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Proyecto: 2024/004250189/4102001 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: Diez (10) mensualidades cada una por la suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS PESOS (\$5.510.500) M/CTE. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del informe de supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de 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 cumplirse previsiones legales. Los pagos se realizarán dentro de los 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.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0500	NOMBRE DEL FONDO	Ingreso Corriente de Libre Destinación	VALOR DEL PAGO	\$5.510.500
---------------------------	--------	------------------	--	----------------	-------------

PAGO N°	1	DE	10	BANCO	NU BANK Colombia Compañía de Financiamiento
---------	---	----	----	-------	---

CUENTA N°	55252155	Ahorros
-----------	----------	---------

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACION	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	\$55.105.000	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	\$5.510.500
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	\$5.510.500
TOTAL	\$55.105.000	SALDO POR EJECUTAR	\$49.594.500

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA	CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																
<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>27</td><td>1</td><td>2026</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>NÚMERO DE RPC</th></tr> <tr><td>4600036589</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	27	1	2026	NÚMERO DE RPC	4600036589	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>3</td><td>2</td><td>2026</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA</th></tr> <tr><td>9499086206</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	3	2	2026	NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA	9499086206
DÍA	MES	AÑO															
27	1	2026															
NÚMERO DE RPC																	
4600036589																	
DÍA	MES	AÑO															
3	2	2026															
NÚMERO DE PLANILLA / PERSONA QUE CERTIFICA																	
9499086206																	

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			22	5	2026	1		3	2	2026	2	3	2026

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

SUPERVISOR/INTERVENTOR	ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN	ORDENADOR DEL GASTO
------------------------	--------------------------------	---------------------

NOMBRE:	XIMENA PAOLA PULIDO FUENTES	NOMBRE:	JULYE VIVIANA LADINO MARTINEZ	NOMBRE:	MARIO ALBERTO CORREA SARMIENTO
---------	-----------------------------	---------	-------------------------------	---------	--------------------------------

CARGO Y DEPENDENCIA:	GERENTE (E)	CARGO Y DEPENDENCIA:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - DESPACHO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIO DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA
----------------------	-------------	----------------------	--------------------------------------	----------------------	--------------------------------------

FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	
--------	--	--------	--	--------	--