

		GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA						CÓDIGO: E-GCCP-FR-033																					
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 06																					
								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																	
		14	7	2026		23	1	2026		22	11	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-209-2026		X				ADRIANA MARIA TINOCO LEON				52656444																			
DIRECCIÓN						CORREO				TELÉFONO																			
CR 8 6 23						ADRIANATINOCOLEON@GMAIL.COM				3212049140																			
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 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD Y BIENESTAR DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN ENVEJECIENTE DEL DEPARTAMENTO, USUARIA DE LOS CENTROS VIDA/DIA Y CENTROS DE LARGA ESTANCIA, BENEFICIARIA DE LOS RECURSOS PROVENIENTES DE LA ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL.																							
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 CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO CINCO MIL PESOS (\$55.105.000). La SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA pagará al Contratista el valor del presente Contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 7100076903 de fecha 13 de enero de 2026. Aprobado por la Dirección de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda de Cundinamarca, Item: 1 Valor: \$ 55.105.000 COP Rubro: 1126/3-0201/2320202008/6/076/CC / SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA / 80% Estampilla adulto mayor / Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Proyecto: 2024/004250195/4104008 FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES. 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/C.TE. 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 cumplirlas previsiones legales. 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		3-0201		NOMBRE DEL FONDO		80% Estampilla adulto mayor		VALOR DEL PAGO		\$5.510.500																			
PAGO N°		5		DE		10		BANCO		Bancolombia																			
CUENTA N°						11329438947				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				\$27.552.500																			
TOTAL				\$55.105.000		SALDO POR EJECUTAR				\$27.552.500																			
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA						CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																							
DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE RPC		DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE PLANTILLA / PERSONA QUE CERTIFICA															
23		1		2026		4600035823		30		6		2026		92972250															
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						14		7		2026		5				23		5		2026		22		6		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:		GILBERTO ACOSTA GUTIERREZ				NOMBRE:		HENRY OSWALDO MARTINEZ MORENO				NOMBRE:		MARIO ALBERTO CORREA SARMIENTO															
CARGO Y DEPENDENCIA		GERENTE - SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA				CARGO Y DEPENDENCIA		ASESOR DEL DESPACHO - SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA				CARGO Y DEPENDENCIA		SECRETARIO DE DESPACHO - SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA															
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:																	