

	PROCESO GESTION FINANCIERA PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE CUENTAS FORMATO RADICACION CUENTAS					Código: FOR-GF-017					
						Versión: 0					
						I2019034866 del 09/08/2019					
						Pagina : 1 de 1					
DATOS GENERALES											
1, NOMBRE SUPERVISOR		JESSICA YEPES MURILLO			2, FECHA ELABORACIÓN		21	11	2020		
3, SUBDIRECCIÓN		PUENTE ARANDA - ANTONIO NARIÑO									
4, RADICACIÓN CUENTAS PAGO MES:		NOVIEMBRE									
DETALLE DE LAS CUENTAS											
No.	5, Nombre o razón social	6, CC o NIT	7, No. Contrato	8, Valor	9, No. CRP	10, Codigo Proyecto					
1	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	900175374-5	4620 DE 2020	76.689.395	9553-2020	3-3-1-15-01-03-1099-106					
11, FIRMA CC.No. Número telefónico: Cargo: Dependencia: Elaboró								<div>{{Sig_es_:signer1:signature}}</div> <div>MARIA VICTORIA NARANJO 1053800679 3808331 EXT56812 APOYO ADMINISTRATIVO SUBDIRECCION LOCAL ANTONIO NARIÑO Y PUENTE ARANDA Maria victoria naranjo telf 3808331 ext 56808</div>		12, FIRMA DEL RECIBIDO - RELOJ DE VENTANILLA DE CUENTAS	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTION FINANCIERA		Código: FOR-GF-016	
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE PAGO MC-14		Versión: 2	
			Fecha: Memo INT I2020004846 - 12/02/2020	
			Página : 1 de 1	
El supervisor del:	CONVENIO DE ASOCIACION			
Nº	4620 DEL 18 DE MAYO DE 2020		LOCALIDAD: ANTONIO NARIÑO - PUENTE ARANDA	
PROYECTO:	1099 Envejecimiento digno activo y feliz			
CERTIFICA:				
Que ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		Identificado con NIT o C.C. 900175374-5		
Representante legal: VIVIANA CAROLINA MELO DIAZ		Identificado con C.C. 53.103.358		
OBJETO CONTRATO:	PROMOVER LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES Y AUTONOMAS, EN SITUACION DE VULNERABILIDAD DE SU INTEGRIDAD PERSONAL A TRAVES DE LA PRESENTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES CENTRO DIA Y CENTRO NOCHE.			
Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el 01/10/2020 y el 31/10/2020				
Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la MENSUALIDAD del contrato, convenio u orden se puede proceder al pago, No. 6 correspondiente a la suma de: SETENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE \$ 76.689.395				
Abonando el pago en la cuenta BANCARIA No:		392265880	BANCO: BBVA	
Clase:	AHORROS			
Endoso	Cesión de derechos económicos	De: (RESUMEN CONCEPTO)		
A nombre de:	NIT:		CÉDULA:	
Abonando el pago en la cuenta BANCARIA No:		«Cuenta»		
BANCO:		«banco»		
Clase:	«Tipo_cuenta»			
El valor a pagar se afectará de la siguiente manera,				
CÓDIGO PRESUPUESTAL	Nº DE REGISTRO O RESERVA PRESUPUESTAL	CÓDIGO DE LA FUENTE POR REGISTRO PRESUPUESTAL	CÓDIGO CONCEPTO DE GASTO POR REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
3-3-1-15-01-03-1099-106	9553-2020	01-44	0278	\$ 76.689.395
TOTAL:				\$ 76.689.395
*La fuente(s) y concepto(s) de gasto pueden verse en el certificado de registro presupuestal exactamente en su reverso. Además puede(n) apoyarse en el contrato y/o convenio y el estudio previo, como también en la estructura de costos. En consecuencia es responsabilidad de los supervisores establecer y llevar un control de la ejecución por fuente y concepto a medida que se genera, certifica y tramita cada una de las certificaciones de pago, por lo cual el supervisor es responsable por la afectación del registro presupuestal, fuente de financiación y el concepto de gasto asociado a lo realmente ejecutado.				
Diligenciar este campo, únicamente si el pago hace referencia a un Convenio de Asociación				
Con el fin de dar aplicación a lo establecido en el Concepto EE2020EE1154 del 9 de enero de 2020 emitido por la Secretaría de Hacienda y en mi calidad de Supervisor del Convenio de asociación				
SI ☒ NO ☐ CERTIFICO que éste pago corresponde única y exclusivamente al reconocimiento de gastos y costos logísticos incurridos en prestación del servicio; por lo que no representa incremento en el patrimonio del contratista				
Se expide la certificación en Bogotá, D.C., a los 21 días del mes de NOVIEMBRE del año 2020				
Observaciones:				
Cesión:	☐	Modificación forma de pago:	☐	Cual? _____
Terminación:	☐	Otro:	☐	_____
*Aunado a lo anterior se certifica que para el presente pago se verificaron y constataron por el mes de _____, los aportes efectuados por el contratista para . salud \$ _____, pensión \$ _____, ARP \$ _____ y/o aportes parafiscales, contra los recibos originales, los cuales se hicieron de acuerdo con lo establecido en la ley 789/2002 y el decreto 1703/2002, según lo relacionado en el numeral 5 del presente informe y además de haber sido liquidados los aportes de acuerdo con los artículos 3,4 y 5 de la ley 797 de 2003, el decreto 510 de 2003 y la circular conjunta nº 001 del ministerio de la protección social y ministerio de hacienda"				
{{Sig_es :signer2:signature}} VISADO PAC Proyecto: Nombre: Teléfono:		{{Sig_es :signer3:signature}} JESSICA YEPES MURILLO «Supervisor» 3808331 EXT 56801 Cargo: subdirector local Dependencia: puente aranda - antonio nariño		
El suscrito supervisor del presente contrato certifica que para el pago del periodo certificado se ha revisado y aprobado los siguientes documentos: 1. Informe de supervisión del periodo certificado y de ejecución. La periodicidad de los informes de ejecución de servicios profesionales y de apoyo a la gestión será para el primer informe desde la fecha del acta de inicio hasta el día treinta del respectivo mes; a partir del segundo pago, el periodo del informe será del primero (1) al treinta (30) del mes calendario siguiente, en cada caso se debe adjuntar el respectivo pago de seguridad social, del correspondiente mes calendario. 2. Soportes de salud, pensión y/o aportes parafiscales. 3. Originales y copias del acta de inicio y del oficio de designación de supervisión (para el primer pago). Los documentos anexos mencionados a excepción de las copias del acta de inicio y del oficio de designación de supervisor se radican en el archivo de gestión contractual del área de gestión documental previo a la radicación en el área de cuentas.				
RECIBIDO GESTIÓN DOCUMENTAL				
Nombre:				
Fecha:				



• Carrera 75 Bis No. 68-37 • Teléfono: 696 0485
• asociaciondehogaresialavida@gmail.com
Bogotá, D.C., Colombia

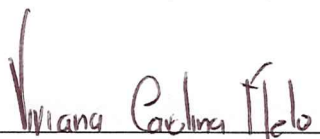
• Régimen Entidad sin Animo de Lucro - Actividad Económica 9199
Autorización Numeración de Facturación. 18762008746564
del 18 de Junio - Autoriza del 1001 a 2000

FACTURA DE VENTA

Nº 1869

Nueva resolución autorización numeración de facturación N° 18763003657894 del 27/01/2020 Autoriza del 1700 hasta el 2000

FECHA: NOVIEMBRE 20 DE 2020		
NOMBRE: SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL		
NIT: 899.999.061-9		CIUDAD: BOGOTA
DIRECCIÓN: AV 1 DE MAYO N° 52 B - 04		
TELÉFONO: 3808330		
OBJETO: PROMOVER LA ATENCION INTEGRAL A PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES Y AUTONOMAS, EN SITUACION DE VULNERABILIDAD DE SU INTEGRIDAD PERSONAL A TRAVES DE LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES CENTRO DIA Y CENTRO NOCHE		
DESCRIPCIÓN		
CENTRO DIA ANTONIO NARIÑO 1		
SEXTO COBRO DEL CONVENIO DE ASOCIACION No. 4620 DE 2020 COMPRENDIDO EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2020		
VALOR EN LETRAS: SETENTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE	INGRESOS NO GRAVADOS	\$ 76.689.395
	DESCUENTOS	\$ -
	TOTAL	\$ 76.689.395
NOTA:		


Asociación Hogares Sí a la Vida

ACEPTADA

C.C. ó NIT.

