ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Integración Social	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	72.059.937	9554-2020	3-3-1-15-01-03-1099-106

{{Sig_es_:signer1:signature}}

11, FIRMA	***MARIA VICTORIA NARANJO***	12, FIRMA DEL RECIBIDO - RELOJ DE VENTANILLA DE CUENTAS
CC.No.	***1053800679***	
Número telefónico:	3808331 EXT56812	
Cargo:	APOYO ADMINISTRATIVO	
Dependencia:	SUBDIRECCION LOCAL ANTONIO NARIÑO Y PUENTE ARANDA	
Elaboró	Maria victoria naranjo telf 3808331 ext 56808	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO GESTION FINANCIERA** **FORMATO CERTIFICACIÓN DE PAGO MC-14**	Código: FOR-GF-016 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 DOS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE $ 72.059.937**

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	9554-2020	02-168	0278	$ 72.059.937
TOTAL:				$ 72.059.937

*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 Secretaria de Hacienda y en mi calidad de Supervisor del Convenio de asociación

SI [X] 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 decreto1703/2002, 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}}	{{Sig_es_:signer3:signature}}
VISADO PAC	JESSICA YEPES MURILLO
Proyecto:	«Supervisor»
Nombre:	3808331 EXT 56801
Teléfono: Ext:	Cargo: subdirectora 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:

ASOCIACION
HOGARES SI A LA VIDA
Nit:900.175.374-5

• Carrera 75 Bis No. 68-37 • Teléfono: 696 0485
• asociaciondehogaressialavida@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 1870

Nueva resolucion autorizacion numeracion de facturacion Nº 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 Nº 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 NOCHE 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 DOS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE	**INGRESOS NO GRAVADOS**	$	72.059.937
	DESCUENTOS	$	-
	TOTAL	**$**	**72.059.937**

NOTA:

Viviana Catalina M.C.

Asociación Hogares Sí a la Vida

ACEPTADA

C.C. ó NIT.

Impreso por ELMER LEONEL ARIAS R. RUT: 19453275-1 Tel: 317 663 5415

La presente Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio. Art. 774 del Código de Comercio

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14635399475

(415)7707212489984(8020) 000001463539947 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 7 5 3 7 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona jurídica 1			Año Mes Día

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social:
ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 65 B 75 10

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
asociaciondehogaressialavida@gmai	0	7 0 3 6 9 6 2	3 1 2 5 3 5 5 7 7 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 3 0	2 0 1 8 0 9 0 6	9 4 9 9	2 0 0 7 0 9 1 9	9 3 2 9	9 0 0 8		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	4	7	1	1	1	4	1	6	4	2																

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
11- Ventas régimen común
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 7 1 6 Día

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA
985. Cargo: Representante legal Certificado

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO