| | PROCESO GESTION FINANCIERA<br><br>FORMATO CERTIFICACIÓN DE PAGO MC-14 | Código: FOR-GF-016<br>Versión: 2<br>Fecha:Memo INT I2020004846 - 12/02/2020<br>Página : 1 de 1 |
|---|---|---|

El supervisor del: CONVENIO DE ASOCIACIÓN

Nº 4626 18 MAYO DE 2020 LOCALIDAD: SUBDIRECCION PARA LA VEJEZ

PROYECTO: 1099 "ENVEJECIMIENTO DIGNO, ACTIVO Y FELIZ"

CERTIFICA:

| | |
|---|---|
| Que CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS ETNICOS Y CULTURALES MULTIETNIAS | Identificado con NIT o C.C. 830018406-7 |
| Representante legal: MARIA DEL CARMEN GARCIA DE GONZALEZ | Identificado con C.C. 41.762.654 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRATO: | PROMOVER LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES Y AUTÓNOMAS, EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE SU INTEGRIDAD PERSONAL A TRAVÉS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES CENTRO DÍA Y CENTRO NOCHE. |

Cumplió a satisfacción para el pago del período comprendido entre el 01 de junio de 2020 y el 30 de junio de 2020

Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden se puede proceder al pago, No. 02 correspondiente a la suma de: SETENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS ($76.285.137) M/CTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abonando el pago en la cuenta BANCARIA No: | 0391293719 | 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 | 9536-2020 | 01 - 44 | 02-01-0278 | $ 76.285.137 |
| | | | | |
| TOTAL: | | | | **$ 76.285.137** |

*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 [X] NO [ ] CERTIFICO que éste pago corresponde única y exclusivamente al reconocimiento de gastos y costos logísticos incurridos en la 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 julio 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*

VISADO PAC
Proyecto: 1099 "Envejecimiento Digno, Activo y Feliz"
Nombre: Margalida García Rodríguez
Teléfono: 3808330 Ext: 66006

GLORIA CERQUERA ARAGON
Supervisora
Teléfono 3808331 ETX 58001
Cargo: SUBDIRECTORA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
Dependencia: SUBDIRECCIÓN LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL RAFAEL URIBE URIBE

El suscrito supervisor del presente contrato certifica que para el pago del período 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:

| | PROCESO GESTION FINANCIERA<br><br>FORMATO CERTIFICACIÓN DE PAGO MC-14 | Código: FOR-GF-016<br>Versión: 2<br>Fecha:Memo INT I2020004846 - 12/02/2020<br>Página : 1 de 1 |
|---|---|---|

El supervisor del: CONVENIO DE ASOCIACIÓN

Nº 4626 18 MAYO DE 2020 LOCALIDAD: SUBDIRECCION PARA LA VEJEZ

PROYECTO: 1099 "ENVEJECIMIENTO DIGNO, ACTIVO Y FELIZ"

CERTIFICA:

| | |
|---|---|
| Que CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS ETNICOS Y CULTURALES MULTIETNIAS | Identificado con NIT o C.C. 830018406-7 |
| Representante legal: MARIA DEL CARMEN GARCIA DE GONZALEZ | Identificado con C.C. 41.762.654 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRATO: | PROMOVER LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES Y AUTÓNOMAS, EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE SU INTEGRIDAD PERSONAL A TRAVÉS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES CENTRO DÍA Y CENTRO NOCHE. |

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el 01 de junio de 2020 y el 30 de junio de 2020

Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden se puede proceder al pago, No. 2 correspondiente a la suma de: SETENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS ($70.437.730 M/CTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abonando el pago en la cuenta BANCARIA No: | 0391293719 | 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 | 9537-2020 | 01 12 | 02-01-278 | $ 70.437.730 |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL: | | | | **$ 70.437.730** |

*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 [X] NO [ ] CERTIFICO que éste pago corresponde única y exclusivamente al reconocimiento de gastos y costos logísticos incurridos en la 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 julio 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*

VISADO PAC

Proyecto: 1099 "Envejecimiento Digno, Activo y Feliz"

Nombre: Margalida García Rodríguez

Teléfono: 3808330 Ext: 66006

GLORIA CERQUERA ARAGON

Supervisora

Teléfono 3808331 ETX 58001

Cargo: SUBDIRECTORA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Dependencia: SUBDIRECCIÓN LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL RAFAEL URIBE URIBE

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:

| | PROCESO GESTION FINANCIERA<br><br>FORMATO CERTIFICACIÓN DE PAGO MC-14 | Código: FOR-GF-016<br>Versión: 2<br>Fecha:Memo INT I2020004846 - 12/02/2020<br>Página : 1 de 1 |
|---|---|---|

El supervisor del: CONVENIO DE ASOCIACIÓN

Nº 4626 18 MAYO DE 2020 LOCALIDAD: SUBDIRECCION PARA LA VEJEZ

PROYECTO: 1099 "ENVEJECIMIENTO DIGNO, ACTIVO Y FELIZ"

CERTIFICA:

| | |
|---|---|
| Que CORPORACION SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS ETNICOS Y CULTURALES MULTIETNIAS | Identificado con NIT o C.C. 830018406-7 |
| Representante legal: MARIA DEL CARMEN GARCIA DE GONZALEZ | Identificado con C.C. 41.762.654 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRATO: | PROMOVER LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES Y AUTÓNOMAS, EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE SU INTEGRIDAD PERSONAL A TRAVÉS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES CENTRO DÍA Y CENTRO NOCHE. |

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el 02 de junio de 2020 y el 30 de junio de 2020, correspondiente a la moficiación No. 1 del convenio, adición - Otrosí por emergencia Covid-19

Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden se puede proceder al pago, No. 02 correspondiente a la suma de: VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($25.301.667) M/CTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Abonando el pago en la cuenta BANCARIA No: | 0391293719 | 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 | 11549 - 2020 | 01 - 44 | 02-01-0278 | $ 25.301.667 |
| | | | | |
| TOTAL: | | | | **$ 25.301.667** |

*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 la 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 julio 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"

VISADO PAC

Proyecto: 1099 "Envejecimiento Digno, Activo y Feliz"

Nombre: Margalida García Rodríguez

Teléfono: 3808330 Ext: 66006

GLORIA CERQUERA ARAGON

Supervisora

Teléfono 3808331 ETX 58001

Cargo: SUBDIRECTORA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Dependencia: SUBDIRECCIÓN LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL RAFAEL URIBE URIBE

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: