ACTA DE PAGO

<FECHA: SEPTIEMBRE 2023

DEPENDENCIA: Secretaría de Inclusión Social y Familia

En cumplimiento a la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 1882 de 2018 y demás decretos reglamentarios, así como el Decreto de delegación para la contratación, el manual de contratación, supervisión e interventoría y demás normas que los aclaren, complementen y los modifiquen los cuales hacen referencia a la responsabilidad del ordenador del gasto, los delegados para contratar, los Interventores Supervisores en el ejercicio de sus funciones y con base en el contrato que se encuentre plenamente legalizado. Autorizo el pago del acta correspondiente, **de conformidad con el informe Técnico, administrativo, jurídico, financiero y contable, revisado, verificado y elaborado por los supervisores**, informe que reposa en el expediente del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

OBJETO Y/O CONCEPTO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO, ASESORIA Y APOYO A PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD, ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL CAIPD DEL MUNICIPIO DE SABANETA

CC O NIT	NOMBRE	PERIODO DE PAGO	NRO CONTRATO	VALOR
1040754134	NATALIA ANDREA GIL VELEZ	SEPTIEMBRE 2023	1345	$ 3.906.000

Igualmente confirmo que el contratista se encuentra a paz y salvo con los pagos de seguridad social (salud y pensión) y riesgos laborales, conforme lo establecido en la Ley 797 de 2003 y el artículo 2ndo de la ley 1562 de 11 de Julio de 2012.

El valor a pagar descrito se ejecutará presupuestalmente de la siguiente forma

CDP	FECHA CDP	RPC	FECHA RPC	ARTICULO	FONDO	VALOR RPC
2557	21/03/2023	2437	10/04/2023	13-01 .2.3.2.02.02.009. 781100	100	($23.436.000)

¿El Pago requiere cuenta maestra numero? SI ___ NO X Nro. de cuenta maestra: N/A

¿El Pago requiere autorización de Tesorería? SI _ NO __X_

BANCO	NUMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA
BANCOLOMBIA	**24300000808**	**AHORRO**

ROMAN ANTONIO PULGARIN ZAPATA
Secretario de Inclusión Social y Familia

Elaboró: CLAUDIA PATRICIA YEPES Apoyo Profesional Administrativo	**Revisó: CAROLINA GUZMAN ORTIZ** PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Firma:	**Firma:**