Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 03
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/08/2023

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 vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

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
	2	10	2023		26	6	2023		25	12	2023

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1126

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SDSI-CPS-237- 2023	X		LILIANA CATERINE MORALES MELO	1.069.718.491
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
	3203255568		Cra 83 No 24- 15 Bloque 1 apto 604 Llano Grande Fusagasugá	lilianamorales0327@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	**Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de actividades encaminadas a la ejecución de la estrategia nutricional y fortalecimiento de familias pobres y vulnerables con énfasis en el sector rural en los municipios priorizados de la provincia de Sabana Occidente Departamento.**
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	**La Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social de Cundinamarca pagará al Contratista el valor del contrato así: SEIS (6) pagos por un valor de CUATRO MILLONES CIEN MIL PESOS ($ 4.100.000) M/CTE.. cada uno. Los anteriores valores se pagarán previa entrega de: Informe mensual de ejecución de actividades con sus soportes como lo son: registro de comunicaciones físicas o electrónicas, matriz de monitoreo y seguimiento debidamente diligenciada, documentos de recolección de información, entre otros, el cual deberá presentarse dentro de los primeros 5 días siguientes al vencimiento del periodo de cobro junto con el pago de la seguridad social del mes vencido; informe mensual de supervisión, el cual deberá ser expedido por el (la) supervisor (a) del contrato, dentro de los 5 días siguientes al recibo del informe de ejecución, 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. Para el último pago se requiere además la entrega del informe final consolidado, junto con las copias magnéticas de los soportes y documentos inherentes a la ejecución del contrato y copia del informe de supervisión para liquidación del contrato. El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con las leyes y ordenanzas vigentes. Todos los pagos estarán sujetos al Programa Anual Mensualizado de Caja -PAC-.**

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-1100	NOMBRE DEL FONDO	Fonpet Departamento	VALOR DEL PAGO	$ 4.100.000
PAGO N°	3 DE 6	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°	264-738611-34	AHORROS			

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 24.600.000	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
		VALOR ANTICIPADO	$ -
		VALOR DEL ANTICIPO	$ -
		AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
		SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
		VALOR BRUTO A PAGAR	$ 4.100.000
		V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 12.300.000
TOTAL	$ 24.600.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 12.300.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
26	06	2023	4600018552

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
8	9	2023	1056870924

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	SI	X		2	10	2023	3		26	8	2023	25	9	2023
	NO													

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	NESTOR JULIO MALAGON CRUZ	NOMBRE:	KAREN NATHALY HERNANDEZ RUIZ	NOMBRE:	Lucy Adriana Hernandez Hernandez
CARGO Y DEPENDENCIA:	GERENTE PARA PROGRAMAS ESPECIALES	CARGO Y DEPENDENCIA:	ASESORA JURIDICA DEL DESPACHO	CARGO Y DEPENDENCIA:	Secretaría Desarrollo e Inclusión Social
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	