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
	17	10	2023		11	7	2023		10	12	2023

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

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SDSI-CPS-292-2023	X		LUIS FABIAN DUARTE RODRIGUEZ	11257597

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3152383759	CALLE 9 # 13-32	pupilo1082@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, en actividades físicas de los adultos mayores en los centros de vida día de los municipios asignados y apoyo con el seguimiento y control del diagnóstico del estado actual de los centro de vida día de los municipios de la provincia del sumapaz
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: CINCO (5) PAGOS MENSUALES por 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 AnualMensualizado de Caja -PAC-.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	1-0100	NOMBRE DEL FONDO	RECURSO ORDINARIO	VALOR DEL PAGO	$ 4.100.000
PAGO N°	3 DE 5	BANCO	BANCOLOMBIA		
CUENTA N°	17320946263	AHORROS			

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO	$ 20.500.000,00	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	$ 20.500.000	SALDO POR EJECUTAR	$ 8.200.000

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
11	07	2023	4600019329

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
21	09	2023	71037003

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			17	10	2023	3		11	9	2023	10	10	2023

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:	GILBERTO ACOSTA GUTIERREZ	NOMBRE:	DIANA CAROLINA MAHECHA HERNANDEZ	NOMBRE:	LUCY ADRIANA HERNANDEZ HERNANDEZ
CARGO Y DEPENDENCIA:	GERENTE PARA LA ATENCION DE PERSONAS MAYORES Y POBLACION CON DISCAPACIDAD	CARGO Y DEPENDENCIA:	ASESORA DEL DESPACHO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	