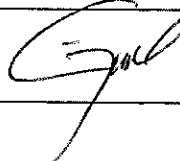
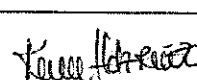


 Gobernación de Cundinamarca #VALORI		GESTIÓN CONTRACTUAL						CÓDIGO: A-GC-FR-033																											
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 04																											
FECHA: 18/10/2024																																			
El suscrito secretario(a) 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													
		5		12		2024				6		9		2024				25		12		2024													
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA						SECRETARIA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA						SECCIÓN PRESUPUESTAL						1125																	
CONTRATO N°						PRINCIPAL						ADICIONAL						CONTRATISTA - BENEFICIARIO						CEDULA O NIT											
SDSI-CPS-450-2024						X												Sara Natalia Buitrago Henao						1026571303											
TELÉFONO FIJO						NÚMERO CELULAR						DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA						CORREO ELECTRÓNICO																	
						3213258634						CR 2 ESTE N 4-108						natis1815@hotmail.com																	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS																		*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO						*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO											
OBJETO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO E INTERPRETACIÓN DE LENGUAJE DE SEÑAS EN LOS PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD																																	
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		La Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social pagará al Contratista el valor del contrato así: tres (03) mensualidades vencidas, cada uno por la suma de CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000) COP, y un ultimo pago por la suma de TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$3,333,333) Correspondientes a (20) días																																	
FONDO DEL PAGO A REALIZAR		1-0100		NOMBRE DEL FONDO		RECURSO ORDINARIO		VALOR DEL PAGO		\$ 5.000.000																									
PAGO N°		3		DE		4		BANCO		BANCOLOMBIA																									
CUENTA N°		67315184689																																	
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR		ANTICIPO		VALOR																													
DEPARTAMENTO		\$ 18.333.333		PORCENTAJE DEL ANTICIPO																															
				VALOR ANTICIPADO		\$ -																													
				VALOR DEL ANTICIPO		\$ -																													
				AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$ -																													
ADICIÓN DEPARTAMENTO		\$ -		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$ -																													
				SALDO AMORTIZACIÓN		\$ -																													
				VALOR BRUTO A PAGAR		\$ 5.000.000																													
				VIR TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$ 15.000.000																													
TOTAL		\$ 18.333.333		SALDO POR EJECUTAR		\$ 3.333.333																													
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA																		CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																	
DIA		MES		AÑO		NÚMERO DE RPC		DIA		MES		AÑO		NÚMERO DE PLANILLA																					
6		09		2024		4600025488		3		12		2024		81742192																					
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI		X		FECHA DEL ÚLTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA		Día		Mes		Año		# INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		del		Día		Mes		Año		Al		Día		Mes		Año			
		NO						5		12		24		3				6		11		2024		5		12		2024							
NOVEDADES AL CONTRATO		Suspensión				Cesión				Terminación Anticipada				Supervisión				No Aplica		X															
OBSERVACIONES (si se requiere)		Se expide la presente certificación de conformidad con el proceso del cierre de la vigencia fiscal 2024. El contratista se compromete a ejecutar sus obligaciones hasta la fecha terminación del contrato. Se anexa planilla de pago de seguridad social del mes de diciembre de 2024 No. 82359652 de fecha 04 de diciembre de 2024.																																	
SUPERVISOR/INTERVENTOR						ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN						ORDENADOR DEL GASTO																							
NOMBRE:		GILBERTO ACOSTA GUTIERREZ				NOMBRE:		KAREN NATHALY HERNANDEZ				NOMBRE:		ADRIANA LUCIA MELO MELO																					
CARGO Y DEPENDENCIA:		Gerente para la Atención a Personas Mayores y Población con Discapacidad				CARGO Y DEPENDENCIA:		Asesor de despacho				CARGO Y DEPENDENCIA:		Secretaria de lo social y la familia																					
FIRMA:						FIRMA:						FIRMA:		