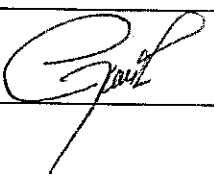
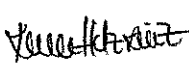


 Gobernación de Cundinamarca REVALUON	GESTIÓN CONTRACTUAL						CÓDIGO: A-GC-FR-033									
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS						VERSIÓN: 04									
							FECHA: 18/10/2024									
El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad 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					
		12	2024		6	9	2024		25	12	2024					
SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA			SECRETARÍA DE LO SOCIAL Y LA FAMILIA					SECCIÓN PRESUPUESTAL		1126						
CONTRATO N°	PRINCIPAL		ADICIONAL		CONTRATISTA - BENEFICIARIO				CEDULA O NIT							
SDSI-CPS-450-2024	X				Sara Natalia Butrago 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			CEDULA 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		\$ 3.333.333							
PAGO N°	4 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			\$ 3.333.333							
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS			\$ 18.333.333							
TOTAL			\$ 18.333.333			SALDO POR EJECUTAR			\$ -							
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA																
DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE RPG							
6			09			2024			4600025488							
CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																
DÍA			MES			AÑO			NÚMERO DE PLANILLA							
4			12			2024			82359652							
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	Al				
	NO					5	12	24	4		6	12	2024	25	12	2024
NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cosión				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 noviembre de 2024 No. 81742192 de fecha 03/12/2024. y diciembre de 2024 No. 82359652 de fecha 04/12/2024.															
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:	