| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTION FINANCIERA<br>PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE CUENTAS / EJECUCIÓN DEL CONTRATO<br>**FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO MC-14** | CODIGO: FOR-GF-016<br>VERSION: 2<br>FECHA: 12-feb-2020<br>PÁGINA: 1 de 1 |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| El SUPERVISOR DEL: | **CONTRATO DE CONTRATACION DIRECTA - MINUTA PERSONA NATURAL** | | | | |
| No: | **2332** | Fecha_cto o convenio: | **09-02-2024** | **Localidad:** | **METROPOLITANA** |
| Proyecto: | **FORTALECIMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS,** | | | | |

**CERTIFICA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Que: | **ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO** | Identificado con NIT o C.C No | **1022369056** |
| REPRESENTANTE LEGAL: | | Identificado con NIT o C.C No | |
| Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el (dd/mm/aaaa) | | **01-12-2024** y el: | **30-12-2024** |
| Objeto: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN FONOAUDIOLOGIA PARA LA ATENCION INTEGRAL EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA SUBDIRECCION PARA LA DISCAPACIDAD Y DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES VIGENTES | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden se puede proceder al pago, No | **12** | | | | |
| Correspondiente a la suma: | **$4.374.552** | **CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS** | | | |
| Abonado el pago en la cuenta BANCARIA No: | **008400771443** | Banco: | **DAVIVIENDA** | Clase: | **AHORROS** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Endoso: | | Cesión de derechos: | | de: | **(RESUMEN CONCEPTO)** |
| Cesión: | | | | | |
| A nombre de: | | TIPO DOCUMENTO: | | No: | |
| Abonado el pago en la cuenta BANCARIA No: | | Banco: | | Clase: | |

El valor a pagar se afectará de la siguiente manera:

| CÓDIGO PRESUPUESTAL | No REGISTRO O RESERVA PRESUPUESTAL | CÓDIGO DE LA FUENTE POR REGISTRO PRESUPUESTAL | CÓDIGO CONCEPTO DE GASTO POR REGISTRO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| **PM/0122/0155/41030540103** | **15211 DE 2024** | **02168 2-100-I009 - VA-SGP PROPÓSITO GENERAL** | **222008859** | **$4.374.552** |
| | | | **TOTAL** | **$4.374.552** |

La fuente(s) y concepto(s) de gasto pueden verse en el certificado de registro presupuestal exactamente en su reverso. Además puede(n) apoyarse en el contrato y/o convenio y el estudio previo, como también en la estructura de costos. En consecuencia es responsabilidad de los supervisores establecer y llevar un control de la ejecución por fuente y concepto a medida que se genera, certifica y tramita cada una de las certificaciones de pago, por lo cual el supervisor es responsable por la afectación del registro presupuestal, fuente de financiación y el concepto de gasto asociado a lo realmente ejecutado.

**Se expide la certificación en Bogotá D.C., a los 29 dias del mes de mayo del año 2025**

Observaciones:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cesión: | | Modificación forma de pago: | | Cual? | |
| Terminación: | | Otro: | | | |

Aunado a lo anterior se certifica que para el presente pago se verificaron y constataron con los aportes efectuados por el contratista en los respectivos meses de la siguiente manera: **(Mes: noviembre, Aportes: Salud: 22.400, Pension: 28.600, ARL: 1.200)** y/o aportes parafiscales, contra los recibos originales, los cuales se hicieron de acuerdo con lo establecido en la ley 789/2002 y el decreto 1703/2002, según lo relacionado en el numeral 5 del presente informe y además de haber sido liquidados los aportes de acuerdo con los artículos 3,4 y 5 de la ley 797 de 2003, el decreto 510 de 2003 y la circular conjunta nº 001 del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda.

| | |
|---|---|
| VISADO PAC | NOMBRE Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR |
| PROGRAMACIÓN: **SUBDIRECCIÓN PARA LA DISCAPACIDAD** | **OLGA MARCELA CUBIDES SALAZAR** |
| **VISADO AUTOMATICO SISPAC** | Teléfono: **+57 (1) 3 27 97 97** |
| Proyecto: FORTALECIMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS, | Cargo: SUBDIRECTORA PARA LA DISCAPACIDAD |
| Teléfono: **+57 (1) 3 27 97 97** | Dependencia: **SUBDIRECCIÓN PARA LA DISCAPACIDAD** |

El suscrito supervisor del presente contrato certifica que para el pago del periodo certificado se ha revisado y aprobado los siguientes documentos:
1. Informe de supervisión del periodo certificado y de ejecución. La periodicidad de los informes de ejecución de servicios profesionales y de apoyo a la gestión será para el primer informe desde la fecha del acta de inicio hasta el día treinta del respectivo mes; a partir del segundo pago, el periodo del informe será del primero (1) al treinta (30) del mes calendario siguiente, en cada caso se debe adjuntar el respectivo pago de seguridad social, del correspondiente mes calendario.
2. Soportes de salud, pensión y/o aportes parafiscales.
3. Originales y copias del acta de inicio y del oficio de designación de supervisión (para el primer pago).
4. Nota: La información generada por esta herramienta debe ser verificada en su totalidad por el supervisor del contrato, por cuanto la veracidad y exactitud de la misma es responsabilidad exclusiva de Este. Una vez suscrito este documento se convierte en la autorización de pago.

**VENTANILLA CUENTAS**
**CERTIFICADO PARA PAGO MC-14**
El visado de gestión documental es requisito unicamente para proveedores:

**RADICADO:NUMERO-FECHA**

| | |
|---|---|
| **3-CERTIFICADO PARA PAGO RADICADO EN CUENTAS - ESTADO IOPS-5-GEM** | **2158434 - ID PLANILLA** |
| | **MIRNA ISABEL RODRIGUEZ GUERRA-1069485547** |