CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN

I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Nombre completo del Supervisor	ERIKA CASTAÑO BUILES	**Cargo**	ASESORA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA		
Nombre completo del Contratista	VIVIAN ANDREA BEDOYA MORENO	**Nit o Cédula**	1144160277	**Contrato No.**	473-2025
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FONOAUDIÓLOGA PARA APOYAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES EN EL MUNICIPIO DE EL RETIRO PARA LA VIGENCIA 2025				
Código del Proyecto	2024056070013	**Nombre del Proyecto**	FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD (INCLUSER) EN EL MUNICIPIO DE EL RETIRO		
Fecha de Inicio	23 DE JULIO DE 2025	**Fecha de Terminación:**	31 DE DICIEMBRE DE 2025		
Periodo	**Desde** 1 DE NOVIEMBRE DE 2025	**Hasta**	30 DE NOVIEMBRE DE 2025		
Rubro Presupuestal No.1	2.3.2.02.02.009.4103605200.101. 5411.SERVICIO DE GESTIÓN DE OFERTA SOCIAL PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE	**Descripción del Rubro**	5411.SERVICIO DE GESTIÓN DE OFERTA SOCIAL PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE		
Rubro Presupuestal No.2		**Descripción del Rubro**			
Adiciones					
Disponibilidad Presupuestal No.	903 DE 2025	**Registro Presupuestal No.**	1849 DE 2025	**Valor**	**$29.689.000,00**

PAGOS	VALOR PAGADO	SALDO
del 23 de julio al 31 de julio	$2.699.000,00	$26.990.000
Del 01 al 31 de agosto	$5.398.000	$21.592.000
Del 01 al 30 de septiembre	$5.398.000	$16.194.000
Del 01 al 31 de octubre	$5.398.000	$10.796.000
Del 01 al 30 de noviembre	$5.398.000	$5.398.000
		$5.398.000

II REGISTRO DEL INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL Y ANEXOS

Documentos Anexos	Si	No	Notas / Ruta de Archivo
Informe Actividades y Evidencias	x		
Constancia de pago de Seguridad Social	x		
Documento equivalente	x		
Paz y Salvos		x	No aplica para el periodo de supervisión

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Durante el periodo de supervisión, se ha logrado una buena articulación con los actores importantes en la atención de la población con discapacidad y sus cuidadores. Además en el informe de actividades se visualizan las acciones implementadas para lograr los objetivos planteados en las actividades relacionadas con el objeto contractual.

IV. DECLARACIÓN DE INHABILIDADES SOBREVINIENTES INCOMPATIBILIDADES O POTENCIALES CONFLICTO DE INTERES

En mi condición de supervisor (a) del contrato, manifiesto bajo la gravedad del juramento que durante el periodo reportado por el contratista NO _x_ SI __ me encontré incurso en inhabilidades sobrevinientes o incompatibilidades para el ejercicio de mi función de supervisión, así como tampoco se configuraron situaciones que propiciaran potenciales conflicto de interés frente a la entidad.

V. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del contrato avalo el contenido del informe de las actividades y del presente documento. Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente de la factura o documento equivalente N.15454. Igualmente, el contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.

El contratista realizó el cargue de los documentos soporte de este pago en la plataforma SECOP II, adicionalmente se verifico por parte de la supervisión el cumplimiento del pago de los aportes al sistema general de seguridad social conforme a la normatividad vigente.

Certifico que las tareas descritas según informe de actividades del contrato No. 473-2025 durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de noviembre se ejecutaron conforme a lo establecido en las obligaciones del contrato.

ERIKA CASTAÑO BUILES
ASESORA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
SUPERVISOR

VIVIAN ANDREA BEDOYA MORENO
1144160277
CONTRATISTA