FUENTES

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C
Secretaría Distrital
Hacienda

# ORDEN DE PAGO

No.: 37952

Usuario Dilig.
Fecha de Impresion
Estado

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad: | SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL | | | | | | |
| Código: | 122 | Unidad Ej.: | 01 | Fecha de Diligenciamiento | JULIO 25 de 2019 | Consec.Ent: | |

**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | FUNDACION MARIHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA | | | | Régimen | | |
| Direccion: | KR 80J 51 19 SUR BRR BRITALIA | | | Telefono y Fax | 2737541 | | |
| C.C o NIT: | 900317029 | Banco Sucursal | CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA | Cuenta No/Clase | 460033277 | | A |

**2. DATOS DEL COMPROMISO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Compromiso a Pagar | CONVENIO DE ASOCIACION | No.: | 3334 | Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio | PARCIAL |
| Acta de Recibo No.: | | Nombre del Interventor | | | |

Detalle

PRESTAR SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN EXTERNA EN CENTROS INTEGRARTE A PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O COGNITIVA, O DISCAPACIDAD MÚLTIPLE ASOCIADA A COGNITIVA, PROMOVIENDO SUS PROCESOS DE INCLUSIÓN A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DE SUS HABILIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y DE ENTORNO Y TERRITORIO .

| | |
|---|---|
| Tipo de Orden de Pago | VIGENCIA ACTUAL |

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

| Fuentes de Financiacion | | | | IMPUTACION PRESUPUESTAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Disponibilidad | Código | Registro | Nombre | Valor Aplicación(Gasto) |
| Rubro | Fuente | Detalle | Valor | | | | | |
| 3-3-1-15-01-03-1113-107 | 02 | 168 | $84.332.697 00 | 406 | 3.3.1.15.01.03.1113.107 | 6005 | 107 - Por una ciudad incluyente y sin barreras | $84.332.697 00 |

Fuente
02 Transferencias de la Nacion

Detalle
168 SGP Propósito General

| | | |
|---|---|---|
| VR BRUTO | OCHENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS | $84.332.697 00 |

**4.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

| Descripcion | % Descuento | Base de Retencion | Codigo Contable | VALORES |
|---|---|---|---|---|
| Valor Bruto | | | 47051001 | $84.332.697 00 |
| ESTAMPILLA PROCULTURA | .5 | $84,332,697.00 | 2-4-36-90-002 | $421.663.00 |
| ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR | 2 | $84,332,697.00 | 2-4-36-90-003 | $1.686.654.00 |
| ESTAMPILLA UNIV. FRANCISCO JO | 1.1 | $84,332,697.00 | 2-4-36-90-001 | $927.660.00 |

| | | |
|---|---|---|
| TOTAL DESCUENTOS | | $3,035,977.00 |
| **VALOR NETO a Girar** | OCHENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS | **$81,296,720.00** |
| | | Código Contable 240101 |

**MOVIMIENTO DE TESORERIA**

| Observaciones | Acreedor(Exclusivamente para Transferencias de la Administración Central) | |
|---|---|---|
| ATENCION INTEGRAL A LA POBLACION; PAGO N° 04;FACTURA N °FV004;SEVEN N °3181 | Nombre | |
| | Cedula | Firma |

Cuenta # 4282
Cuenta # 4529

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL**

FACTURA DE PROVEEDOR

Página: 1
Programa: SPoFactu
Fecha: 24/07/2019
Hora: 04:55:08p. m.

No.OP.SHD 37952

## DATOS BASICOS E INFORMACION GENERAL

Factura No. 004 Fecha: 24/07/2019 T.Operación 6015 Número **3,181** Estado: Aplicada

Proveedor: NIT 900317029 **FUNDACION MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA** Detalle 1 FUNDCION MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA

Dirección: CR 7 32-16 Telefono: 0

Contacto: 1 . Actividad: 0 0

Condición Comercial: 1 PAGO 30 DIAS Sucursal: 1113 Por una ciudad incluyente y sin barreras

Moneda:. PESO COLOMBIANO Valor Tasa: 1.00 Fecha Tasa: 24/07/2019

Descripcción:. RADICACION VIGENCIA 2019 PAGO DE CONTRATO NO.3334

## DETALLE DOCUMENTO

| Producto | Nombre | Unidad | Cantidad | Valor | Valor Descuento | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 514401 | ATENCION INTEGRAL A LA POBLACIÓN - 91101701 | UNIDAD | 1.00 | 84,332,697.00 | 0.00 | 84,332,697.00 |
| **Totales** | | | **1.00** | | | **84,332,697.00** |

## IMPUESTOS Y CONCEPTOS ADICIONALES

| Concepto | % | Valor Base | Valor |
|---|---|---|---|
| SUBTOTAL | | | 84,332,697.00 |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR | 2.00 | 84,332,697.00 | -1,686,654.00 |
| ESTAMPILLA PROCULTURA | 0.50 | 84,332,697.00 | -421,663.00 |
| ESTAMPILLA U DISTRITAL PROVEEDORES | 1.10 | 84,332,697.00 | -927,660.00 |
| TOTAL | | | 81,296,720.00 |

Total Descuentos **-3,035,977.00**

## CONTABILIDAD

| Nombre | Cuenta | Centro Cto | Sucursal | Area | Debito | Credito |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bienes Y Servicios | 240101 | 0 | 1113 | 02168 | 0.00 | 81,296,720.00 |
| Estampilla universidad distrital | 24369001 | 0 | 1113 | 02168 | 0.00 | 927,660.00 |
| Estampilla procultura 0,5% | 24369002 | 0 | 1113 | 02168 | 0.00 | 421,663.00 |
| Estampilla proadulto mayor 2% | 24369004 | 0 | 1113 | 02168 | 0.00 | 1,686,654.00 |
| Otros Servicios | 550705051015 | 0 | 1113 | 02168 | 84,332,697.00 | 0.00 |
| **Sumas Iguales** | | | | | **84,332,697.00** | **84,332,697.00** |

## PRESUPUESTO

| No. CDP | No. Reserv | CRP | Fuente | Concepto Gasto | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 406 | NO | 6005 | 01012 | 10201309 | 0.00 |
| 406 | NO | 6005 | 01182 | 10201309 | 0.00 |
| 406 | NO | 6005 | 02168 | 10201309 | 84,332,697.00 |
| **406** | **NO** | **6005** | | | **84,332,697.00** |

**Elaboro** WILSON ANTONIO CASTRO LEGUZAMON

**Aprobó** DEISY GUTIERREZ HERRERA
**Contadora SDIS**

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Integración Social | PROCESO ADQUISICIONES<br>ETAPA ENTREGAR Y LIQUIDAR ADQUISICIONES<br>PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE CUENTAS / EJECUCIÓN DEL CONTRATO<br>*FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO MC - 14* | Código: | F-AD-GC-02 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 2 |
| | | Fecha : | 14-may-12 |
| | | Pagina : | 1 |

El supervisor del: Convenio de Asociación

Nº 3334 del 26/02/2019 LOCALIDAD: NIVEL CENTRAL

PROYECTO: 1113 "POR UNA CIUDAD INCLUYENTE Y SIN BARRERAS (BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS)"

CERTIFICA:

Que, FUNDACION MARTHA CHACON -CRECIENDO PARA EL MAÑANA

IDENTIFICADO CON NIT o C.C. Nº: 900.317.029-1

REPRESENTANTE LEGAL: MARTA ELIDIA CHACON RONCANCIO IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 39.641.796

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el **01/06/2019 y el 30/06/2019**

**Objeto: "PRESTAR SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN EXTERNA EN CENTROS INTEGRARTE A PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O COGNITIVA, O DISCAPACIDAD MÚLTIPLE ASOCIADA A COGNITIVA, PROMOVIENDO SUS PROCESOS DE INCLUSIÓN A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DE SUS HABILIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y DE ENTORNO Y TERRITORIO".**

Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden se puede proceder al pago, **No. 04** correspondiente a la suma de OCHENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE ($84,332,697)

Abonando el pago en la cuenta BANCARIA No: 460033277 BANCO: CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA

Clase: AHORROS

Endoso ☐ Cesión de derechos económicos ☐ De:

A nombre de: : NIT: CÉDULA:

BANCO:

Clase:

El valor a pagar se afectará de la siguiente manera,

| CÓDIGO PRESUPUESTAL | Nº DE REGISTRO O RESERVA PRESUPUESTAL | CÓDIGO DE LA FUENTE POR REGISTRO PRESUPUESTAL | CÓDIGO CONCEPTO DE GASTO POR REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| 3-3-1-15-01-03-1113-107 | 6005-19 | 02-168 | 02-01-0309 | $ 84.332.697 |
| TOTAL: | | | | $ 84.332.697 |

*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 24 días del mes de Julio del año 2019.

**Observaciones:**

Cesión: ☐ Modificación forma de pago: ☐ Cual? _____

Terminación: ☐ Otro: _____

**"Aunado a lo anterior se certifica que para el presente pago se verificaron y constataron por el mes de_____, los aportes efectuados por el contratista para salud $_____, pensión $_____, ARP $_____ y/o aportes parafiscales, contra los recibos originales, los cuales se hicieron de acuerdo con lo establecido en la ley 789/2002 y el decreto1703/2002, 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"**

SOY PAC
PROYECTO
Tel. 327 9797 Ext. 1929

VISADO PAC
Proyecto:
Nombre:
Teléfono: Ext:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR
MIGUEL ANGEL CARDOZO TOVAR
Proyecto "Por una cuidad incluyente y sin barreras"
3279797 EXT 1919
CARGO: ASESOR DE DESPACHO
DEPENDENCIA: DIRECCION POBLACIONAL

2.508

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 dia 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).
Los documentos anexos mencionados a excepción de las copias del acta de inicio y del oficio de designación de supervisor se radican en el archivo de gestión contractual del área de gestión documental previo a la

SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL
RADICADO
24 JUL 2019
RECIBIDO GESTION DOCUMENTAL
Nombre:
Recibido por:
Fecha:
No de Folios

# FACTURA

**FUNDACION MARTHA CHACON "CRECIENDO PARA EL MAÑANA"**
NIT: 900.317.029-1

CR 80 H 52 - 17 BR BRITALIA
BOGOTA
Teléfono: 3134488266

**Nº de Factura** FV 004

Fecha Factura
jueves, 11 de julio de 2019

Vencimiento Factura
jueves, 11 de julio de 2019

**FACTURAR A:**
**BOGOTA D.C., SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL**
NIT: 899.999.061-9
Dirección: Cra 7 # 32-16
BOGOTA
Teléfono: 3279797

**RESOLUCION DE FACTURACION DIAN: 18762015010813 DEL 2019/06/07 DEL No. FV 1 al 200**

| DESCRIPCIÓN | TOTAL |
|---|---|
| POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONTRATO 3334 DEL 2019 DEL 01 DE JUNIO AL 31 DE JUNIO 2019 | 84,332,697 |
| SUBTOTAL PERIODO | 84,332,697 |

**OCHENTA Y CUATRO MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISIENTOS NOVENTA Y SIETE.**

***FAVOR REALIZAR LA RESPECTIVA TRANSACCION A LA CUENTA DE AHORROS # 460033277, CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA, A NOMBRE DE LA FUNDACION MARTHA CHACON***

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 84,332,697 |
| TASA DE IMPUESTO | 0 |
| IMPUESTO | 0 |
| OTRO | 0 |
| **TOTAL** | **84,332,697** |

**FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS**

**FIRMA Y SELLO CLIENTE**

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18762015010813

(415)7707212489984(8020) 001876201501081 3

| 5. Número de Identificación Tributaria - NIT | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres |
|---|---|---|---|---|---|
| 900317029 | 1 | | | | |

11. Razón social
FUNDACIÓN MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá — Cód. 3

24. Dirección
CR 80 H 52 SUR 17

| 25. País | 26.Departamento | 27. Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Bogotá D.C. | Bogotá, D.C. |

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684-2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 00055 de 14/07/2016, por la cual se adopta los sistemas técnicos de control de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal, o apoderado debidamente acreditado. Determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente, por una vigencia de 18 meses, contados a partir de la fecha formalización de éste documento y descritos en la hoja 2 y subsiguientes. En los casos, en que se agote la numeración antes de culminar la vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo al trámite establecido.

Si el obligado a facturar, no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación, podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de estos rangos.

AUTORIZADO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firmado
2019-06-07 / 07:25:19 PM
Fecha Acuse de Recibo
digitalmente

Firma del funcionario autorizado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia Subdirección de Gestión de Fiscalización Tributaria
990. Lugar administrativo
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIO
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres CHACON RONCANCIO MARTA ELIDIA
1002. Tipo doc. Cédula 1003. No. Identif. 39641796 1004. DV 6
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización FUNDACIÓN MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑ

997. Fecha formalización 2019-06-07 19:25:1

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Autorización Numeración de Facturación

1876



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18762015010813

(415)7707212489984(8020) **001876201501081 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria - NIT | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres |
|---|---|---|---|---|---|
| 900317029 | 1 | | | | |

11. Razón social

FUNDACIÓN MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA

**Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar**

| | 29. Establecimiento | 30. Modalidad | Cód. | 31. Prefijo | 32. Desde el número | 33. Hasta el número | 34. Tipo solicitud | Cód. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FUNDACIÓN MARTHA CHACON CRECIENDO PARA EL MAÑANA CR 80 H 52 SUR 17 | COMPUTADOR | 3 | FV | 1 | 200 | AUTORIZACIÓN | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |

AUTORIZADO

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. Secretaría Integración Social | PROCESO DE ADQUISICIONES<br>ETAPA ENTREGAR Y LIQUIDAR ADQUISICIONES<br>PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE CUENTAS / EJECUCIÓN DEL CONTRATO<br>**FORMATO RADICACION CUENTAS - PAC** | Código: | F-AD-GC-01 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 2011 |
| | | Fecha : | mar-11 |
| | | Pagina : | 1 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *NOMBRE SUPERVISOR* | *MIGUEL ANGEL CARDOZO TOVAR* | *FECHA ELABORACIÓN* | *24* | *7* | *2019* |
| *DEPENDENCIA* | *DIRECCION POBLACIONAL* | | | | |
| *RADICACIÓN CUENTAS PAGO MES:* | *JULIO* | | | | |

## *DETALLE DE LAS CUENTAS*

| *No.* | *Nombre o razón social* | *CC o NIT* | *No. Contrato* | *Valor* | *No. CRP* | *Codigo Proyecto* | *Fecha recibo factura* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *1* | *FUNDACION MARTHA CHACON - CRECIENDO PARA EL MAÑANA* | *900.317.029-1* | *3334-19* | *84.332.697* | *6005-19* | *3-3-1-15-01-03-1113-107* | *24* | *7* | *2019* |

## *AFECTACIÓN PAC*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *PROYECTO* | *1113* | *FUENTE* | *02-168* | *VALOR* | *$* | *84.332.697* |
| | | | | *TOTAL* | *$* | ***84.332.697*** |

*FIRMA DEL SUPERVISOR*
*MIGUEL ANGEL CARDOZO TOVAR*
*CC.No.*

Número telefónico: 3279797 EXT 1919
Cargo: ASESOR DE DESPACHO
Dependencia: Dirección Poblacional

SOY PAC
PROYECTO
Tel. 327 9797 Ext. 1929

2508

*FIRMA DEL RECIBIDO - RELOJ DE CORRESPONDENCIA*