Yo, **SANDRA PATRICIA GUERRERO MONTOYA**

en mi calidad de SUPERVISORA, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	EL COMITÉ DE REHABILITACIÓN						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890.981.590-1				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05003892021	FECHA SUSCRIPCIÓN	15 (día)	febrero (mes)	2021 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 15 (día) febrero (mes) 2021 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2021 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	21 (día) julio (mes) 2021 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	5 DE 8
VALOR A PAGAR	$ 164.328.954	EN LETRAS	CIENTO SESENTA Y CUATRO MILLONES TRECIENTOS VEINTI OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/L
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2021 (año)	HASTA	30 (día) junio (mes) 2021 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIOS DE EDUCACIÓN INFORMAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	84621	27	C-4102-1500-20-0-4102045-02	152	A-02-02-02-009-002-09	$ 94.731.219
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIOS DE EDUCACIÓN INFORMAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	84621	27	C-4102-1500-21-0-4102045-02-00	153	A-02-02-02-009-002-09	$ 69.597.735,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	00172230331	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

1. SOPORTES REGLAMENTARIOS PARA EL PAGO: 1. Certificado del Supervisor; 2. Planilla de liquidacion; 3. documento de pago o documento de cobro ; 4. Certificado del RL o Contador de estar a Paz y Salvo con el SGSS. 2. SOPORTES ESPECIALES PARA PAGO FIJADOS EN EL CONTRATO: 1. Informe mensual sobre la prestacion del servicio, que contenga como mínimo: el numero de cupos atendidos , ingresos, egresos y la caracterizacion de los niños, niñas y adolescentes avances y dificultades en el proceso de atencion; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados; 4. Informe mensual de ingresos y gastos; 5; Certificado de cumplimiento de pagos a proveedores; 6. Certificado emitido por el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento del pago al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales; 7. Factura de Venta.

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 164.328.954
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 164.328.954
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 164.328.954

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
SANDRA PATRICIA GUERRERO MONTOYA	COORDINADORA	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN CILCOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LAURA MELISSA CABRERA QUIÑONES	ENLACE REGIONAL DIRECCIÓN DE INFANCIA	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN CILCOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
HUMBERTO SANCHEZ	FINANCIERO - EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN CILCOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012