Yo, **CLAUDIA MARCELA MACÍAS GARCÉS**

en mi calidad de SUPERVISORA DEL CONVENIO MEDELLÍN - ICBF REGIONAL ANTIOQUIA 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	**MUNICIPIO DE MEDELLÍN**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**890905211-1**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05004562021	FECHA SUSCRIPCIÓN	1 (día)	marzo (mes)	2021 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) marzo (mes) 2021 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2021 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			25 (día) agosto (mes) 2021 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 2	DE 4
VALOR A PAGAR	$ 13.368.920.374	EN LETRAS	TRECE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE (día / mes / año)	HASTA	(día / mes / año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
CONVENIOS ESPECIALES	99521	21	C-4102-1500-18-0-4102001-02	163	A-02-02-02-009-002-01	$ 13.368.920.374

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:	BANCO BBVA	NÚMERO DE CUENTA	0299013078	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

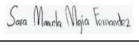
1. Plan de trabajo aprobado por el Comité Técnico Operativo del Convenio.
2. Listado de las entidades que prestarán el servicio de atención integral en el marco del convenio y las sedes vinculadas a cada una, con direccion y servicio.
3. Copia de los contratos derivados y demas soportes que los integran (CDP, Estudios Previos, Análisis del sector, etc.)
4. Copia de los contratos de trabajo suscritos con las 189 madres comunitarias de tránsito - auxiliares pedagógicas y 170 agentes educativas - auxiliares pedagógicas que prestarán sus servicios en los JIBC.
5. Propuesta estrategia de acompañamiento directo y permanente a los operadores, socios y entidades prestadoras del servicio.
6. Propuesta de Cualificacion aprobada por parte del supervisor del convenio.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	13.368.920.374
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	13.368.920.374 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	13.368.920.374

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
CLAUDIA MARCELA MACÍAS GARCÉS	SUPERVISORA DESIGNADA CONVENIO MEDELLÍN	ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN EN CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
SARA MANUELA MEJIA FERNANDEZ	CONTRATISTA GRUPO DE ATENCIÓN EN CICLOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	REGIONAL ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN EN CICLOS 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012