Yo, **BEATRIZ DEL CARMEN BUELVAS RAMOS**

en mi calidad de SUPERVISOR, 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	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO " CORSOC "				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	800179753-9		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	23/2020/376	FECHA SUSCRIPCIÓN	16 (día) diciembre (mes) 2020 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 18 (día) diciembre (mes) 2020 (año)	HASTA	15 (día) agosto (mes) 20021 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	30 (día) junio (mes) 2021 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	7 DE 9
VALOR A PAGAR	$ 15,558,611.00	EN LETRAS	QUINCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEIS CIENTOS ONCE PESOS MCTE.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2021 (año)	HASTA	1 (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
APOYO Y FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS	6721	11	C-4102-1500-14-0-4102037-02	122	02-02-02-009-003-05-OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 13,665,028.00
APOYO Y FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS	6721	27	C-4102-1500-14-0-4102037-02	122	02-02-02-009-003-05-OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 1,893,583.00
TOTAL						$ 15,558,611.00

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	79061421989	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

NO SE UTILIZARON EN ESTE 7° DESEMBOLSO 2021 , LA TOTALIDAD DE LOS CUPOS CONTRATADOS, SE UTILIZARON 40 CUPOS Y 10 CUPOS NO UTILIZADOS, DE ACUERDO A LO INDICADO EN EL PARRAGRAFO CUARTO DE LA CLAUSULA SEXTA SE LIQUIDO ASI:
VALOR ASIGNADO A COBRAR DE LOS 40 CUPOS DEL 1 AL 30 DE JUNIO $13.824.040
Mas el 70% de costos fijos de 10 cupos no atendidos, a razon de 173.457.14,lgual a $ 1.734.571 (Equivalente al 70% del costos fIJOS 173.457.14)
TOTAL CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2021 : 15.558.611

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	$ 15,558,611.00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 15,558,611.00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 15,558,611.00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
BEATRIZ DEL CARMEN BUELVAS RAMOS	COORDINADORA CENTRO ZONAL	CALLE 9 No. 10-26 MONTERIA-CORDOBA	CZ- TIERRALTA	Beatriz Buelvas R.
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
FRANCISCO JOSE TORDECILLA	TECNICO ADMINISTRATIVO	CALLE 9 No. 10-26 MONTERIA-CORDOBA	CZ- TIERRALTA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
BEATRIZ DEL CARMEN BUELVAS RAMOS	CZ- TIERRALTA	Beatriz Buelvas R.	30/6/2021

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