Yo, **CAROLINA GÓMEZ NUÑEZ**

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	**FUNDACIÓN CRUZADA SOCIAL**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**890.800.971-9**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	**CONTRATO**	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**17001762022**	FECHA SUSCRIPCIÓN	**29** (día)	**julio** (mes)	**2022** (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **1** (día) **agosto** (mes) **2022** (año)	HASTA	**30** (día) **noviembre** (mes) **2022** (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**8** (día) **agosto** (mes) **2022** (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**1**	DE	**4**
VALOR A PAGAR	**$ 51.114.558,00**	EN LETRAS	**CINCUENTA Y UN MILLONES CIENTO CATORCE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**		
PERÍODO DE PAGO	DESDE **1** (día) **agosto** (mes) **2022** (año)	HASTA	**31** (día) **agosto** (mes) **2022** (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	**259522**	**11**	**C-4102-1500-14-0-4102037-02**	**122 MODALIDADES DE APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA**	**02-02-02-009-003-05**	**$ 51.114.558,00**

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 S.A.**	NÚMERO DE CUENTA	**62357375091**	TIPO DE CUENTA	**AHORRO**

3. OBSERVACIONES

Pago correspondiente al alistamiento de la vigencia.

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	$	51.114.558,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	51.114.558,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	51.114.558,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CAROLINA GÓMEZ NUÑEZ	**Profesional Universitario 2044- Grado 7**	**Caldas**	**Centro Zonal Manizales Dos**	Carolina Gómez Nuñez
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
YORLADY CORREA BEDOYA	**Profesional Contratista**	**Caldas**	**Grupo de Asistencia Técnica**	Yorlady Correa B

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
YORLADY CORREA BEDOYA	**Grupo de Asistencia Técnica**	Yorlady Correa B	8/08/2022

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