

Yo, **MARGELIS DE LEON MIRANDA**

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: **DISTRITO DE BARRANQUILLA**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: **NIT** No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **890102018**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONVENIO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **175** FECHA SUSCRIPCIÓN: **12 marzo 2021**

PLAZO DE EJECUCIÓN: DESDE **15 marzo 2021** HASTA **15 diciembre 2021** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **23 junio 2021**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **Vigencia** PAGO No: **2** DE **4**

VALOR A PAGAR: **\$ 9.042.250.267,25** EN LETRAS: **NUEVE MIL CUARENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEITE PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS MIL**

PERÍODO DE PAGO: DESDE **1 junio 2021** HASTA **15 agosto 2021**

3.1 ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE ASIGNACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	38321	21	C-4002-5200-58-0-4002001-02	SES CONVENIOS ESPECIALES	A-02-02-02-009-002-01 SERVICIO DE EDUCACIÓN DE LA PRIMARIA INFANCIA Y PREESCOLAR	\$ 9.042.250.267,25

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

3.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: **BANCO DE OCCIDENTE** NÚMERO DE CUENTA: **800-03708-7** TIPO DE CUENTA: **AHORRO**

4. OBSERVACIONES

El Distrito de Barranquilla de acuerdo con lo dispuesto en el Capítulo 8 - Clausula 12 - presentó para segundo desembolso los siguientes requisitos: Reporte generado por el Sistema de Información Cuéntame del 100% de las unidades de servicio asociadas al Convenio, especificando la dirección exacta, teléfono, datos del responsable de la unidad y la georreferenciación con corte al periodo inmediatamente anterior Reporte generado por el Sistema de Información Cuéntame del 100% del talento humano vinculado a las UDS Reporte generado por el Sistema de Información Cuéntame de los beneficiarios cargados con calidad y realmente atendidos al corte correspondiente, incluyendo las atenciones priorizadas de los beneficiarios atendidos, tomas correspondientes al seguimiento nutricional y los procesos de formación a padres y/o cuidadores (efectivamente realizadas) con corte al periodo inmediatamente anterior Listado que relacione de las EAS contratadas con los sus respectivos contratos y actas de inicio Reporte generado por el Sistema de Información Cuéntame de la desvinculación en el sistema de los beneficiarios, unidades de servicio y talento humano de forma oportuna cuando la atención así lo requiera Presentar un Informe Técnico que soporte el cumplimiento del plan de trabajo en el formato establecido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con sus respectivos soportes, que evidencien el cumplimiento de las obligaciones en el marco del Convenio. Informe financiero de la ejecución de los recursos desembolsados por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de acuerdo con formato y lineamientos establecidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y extracto bancario de la cuenta para el manejo de los recursos en el marco del Convenio Informe de ejecución de los aportes realizados por parte de la Entidad Territorial, de acuerdo con formato y lineamientos establecidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

5. ANTIPODOS

VALOR A PAGAR: \$ **9.042.250.267,25** A EN LETRAS: **NUEVE MIL CUARENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEITE PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS MIL**

AMORTIZACIÓN ANTIPODO: \$ **0,00** CUOTA NÚMERO: **0** DE **0**

6. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 9.042.250.267,25**

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO VALOR: **\$ 0,00**

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA VALOR: **\$ 0,00**

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA VALOR: **\$ 0,00**

TOTAL PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 9.042.250.267,25** B

TOTAL A PAGAR (A+B) VALOR: **\$ 9.042.250.267,25**

7. RESPONSABLE DEL VISO DE PAF

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
MARGELIS DE LEON MIRANDA	GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA		23/06/2021

8. ESPADO PARA SER DILIGENDADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORAS

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