Yo, **CLAUDIA PATRICIA DIAZ MONTOYA**

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	COOPERATIVA HOGARES DE BIENESTAR DE SOGAMOSO LIMITADA					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACION	Nit	No DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	826.000.831-0			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	15002192022	FECHA SUSCRIPCIÓN	9 (día) junio (mes) 2022 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 10 (día) junio (mes) 2022 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2022 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			11 (día) octubre (mes) 2022 (año)			

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3 DE 4
VALOR A PAGAR	$ 103.206.667	EN LETRAS:	CIENTO TRES MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2022 (año)	HASTA	31 (día) octubre (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 - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA - APOYO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL NACIONAL.	157022	10	C-4102-1500-18-0-4102001-02	161- SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01. SERVICIO DE EDUCACION DE LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR	$ 103.206.667

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:	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	NÚMERO DE CUENTA	117158444	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

SE REALIZA DESEMBOLSO DE ACUERDO A ADICIÓN DE CONTRATO DE APORTE PRINCIPAL REALIZADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2022 , SE REALIZAN DESCUENTOS POR INASISTENCIAS PRESENTADAS DURANTE LOS MESES DE JUNIO, JULIO Y AGOSTO DE 2022.

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	$ 103.206.667,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 103.206.667,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 103.206.667,00	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
CLAUDIA PATRICIA DIAZ MONTOYA	COORDINADORA (E)	BOYACA	CENTRO ZONAL DUITAMA	
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**
JUAN CARLOS SANDOVAL BONILLA	CONTRATISTA ENLACE DE SEGUIMIENTO FINANCIERO	BOYACA	CENTRO ZONAL DUITAMA	

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