Yo, **LESVIA ISABEL RUIZ MARQUEZ**

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	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	23001642023	FECHA SUSCRIPCIÓN	24 (día)	marzo (mes)	2024 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESD	1 (día)	abril (mes)	2024 (año)	HASTA	30 (día)	noviembre (mes)	2024 (año)
RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**							
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	23 (día)	abril (mes)	2024 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	1	DE	6
VALOR A PAGAR	26,174,850.00	EN LETRAS	VEINTI SEIS MILLONES CIENTO SETANTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/te		

PERÍODO DE PAGO	DESDE	1 (día)	abril (mes)	2024 (año)	HASTA	30 (día)	abril (mes)	2024 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES - PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL MARCO DEL RESTABLECIMIENTO DE SUS DERECHOS A NIVEL NACIONAL	69324	PROPIOS	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	122	A-02-02-02-009-003-05	26,174,850.00

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	9100005975	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

Pago de alintaminto mes de abril 2024

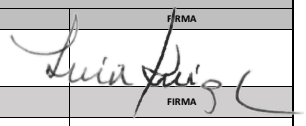
4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	EN LETRAS			
AMORTIZACION ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTUF	VALOR	26,174,850.00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 26.174.850,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 26.174.850,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LESVIA ISABEL RUIZ MARQUEZ	COORDINADORA CENTRO ZONAL TIERRALTA	CALLE 9 N° 10-26 Monteria, Córdoba	CZ - TIERRALTA	
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**

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
CECILIA CASTELLANO VIDAL	Coordinadora GAT		22/04/2024

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012