Yo, CARMEN CECILIA CASTAÑO MATUTE

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	DUSAKAWI IPSI						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	824002362				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	20004932024	FECHA SUSCRIPCIÓN	26 (día)	julio (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	27 (día)	julio (mes)	2024 (año)	HASTA	26 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)
RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO							
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN						6 (día)	febrero (mes)	2025 (año)

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	5	DE	5
VALOR A PAGAR	$ 101.715.076,00	EN LETRAS	CIENTO UN MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE		

PERÍODO DE PAGO	DESDE	1 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)	HASTA	26 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	205624	27	C -4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	02-02-02-009-003-03	$ 101.715.076,00
						$ 101.715.076,00

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:	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	NÚMERO DE CUENTA	922000026	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

Se procede a certificar el periodo del 1 al 26 de DICIEMBRE, despues de revisar cumplimiento del 100% del clausulado contractual y entrega de soportes según lo requerido en el manual operativo de la modalidad Centro de Recuperacion Nutricional contrato de aporte no. 20004932024.

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	$	101.715.076,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	101.715.076,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	101.715.076,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CARMEN CECILIA CASTAÑO MATUTE	COORDINADORA CZ CODAZZI	CESAR	CZ CODAZZI	

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LOLI MAR ACOSTA ZABALETA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CESAR	CZ CODAZZI	

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)
			4/02/2025

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