Yo, **MELVIS E ZAMORA AGUILAR**

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 | FUNDACION FUSION CELESTIAL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900372095 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | ´08002882025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 13 (día) | febrero (mes) | 2025 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 17 (día) febrero (mes) 2025 (año) | HASTA | 30 (día) septiembre (mes) 2025 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 27 (día) marzo (mes) 2025 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 2 | DE | 8 |
| VALOR A PAGAR | $ 256.132.872,00 | EN LETRAS | Doscientos Cincuenta y Seis Millones Ciento Treinta y Dos Mil Ochocientos Setenta y Dos Pesos 00/100 | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) marzo (mes) 2025 (año) | HASTA | 31 (día) marzo (mes) 2025 (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 | 45125 | 27 | C-4602-1500-9-704080-4602020-02 | 161 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL | A-02-02-02-009-002-01 | $ 256.132.872,00 |
| | | | | | | $ - |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | $ 256.132.872,00 |

**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 CAJA SOCIAL S.A. | NÚMERO DE CUENTA | 24143217662 | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - A | EN LETRAS | | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | CUOTA NÚMERO | | DE | |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | $ | 256.132.872,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 256.132.872,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 256.132.872,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| MELVIS E ZAMORA AGUILAR | COORDINADORA C. Z SUR ORIENTE | | C Z SUR ORIENTE | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| JOSE GALINDO PACHECO | TECNICO ADMINISTRATIVO | | C Z SUR ORIENTE | |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| MELVIS E ZAMORA AGUILAR | COORDINADORA C. Z SUR ORIENTE |  | 27/03/2025 |

| 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 |
| | | | |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012