Yo, **LINA MARCELA FARFAN RODRIGUEZ**

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: **COORPORACION PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL CUYAS SIGLAS SON FUNDEHI**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: NIT

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **900,112,753**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: CONTRATO

NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: 25002362025

FECHA SUSCRIPCIÓN: 31 (día) Enero (mes) 2025 (año)

PLAZO DE EJECUCIÓN — DESDE: 31 (día) Enero (mes) 2025 (año) — 30 (día) Septiembre (mes) 2025 (año)

RÉGIMEN TRIBUTARIO: RESPONSABLE DEL IMPUESTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: 15 (día) Septiembre (mes) 2025 (año)

## 2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: VIGENCIA ACTUAL

PAGO No: 8 DE 8

VALOR A PAGAR: $ 79,798,638.00

EN LETRAS: SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

PERÍODO DE PAGO — DESDE: 1 (día) Septiembre (mes) 2025 (año) — 30 Septiembre 2025

## 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 ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT | 58625 | 10 | C-4602-1500-9-704020-4602020-02 | 161 | A-02-02-02-009-002-01 | $ 79,798,638.00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 S.A.

NÚMERO DE CUENTA: 3100062321

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 | $ - |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ 79,798,638.00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ - |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 79,798,638.00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 79,798,638.00 |

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| LINA MARCELA FARFAN RODRIGUEZ | COORDINADOR CENTRO ZONAL | CUNDINAMARCA | SOACHA | |
| **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** |
| YEIMI PAOLA GALVIS | ENLACE FINANCIERO | CUNDINAMARCA | SOACHA | |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| Yeni Catherine Puentes Reina | GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA | Catherine Puentes Reina | 15/09/2025 |

| ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS | | | |
|---|---|---|---|
| **RECEPCIÓN DOCUMENTOS** | | | |
| **NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA** | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
| PAOLA ANDREA MURCIA RINCON | 15/09/2025 | | |
| **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 |
| | | | |