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	**FUNDACION HOGAR INTEGRAL**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NIT	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**800,048,102**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	25004202025	FECHA SUSCRIPCIÓN	7 (día)	Marzo (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 7 (día)	Marzo (mes)	2025 (año)	30 (día)	Septiembre (mes)	2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO: **RESPONSABLE DEL IMPUESTO**
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN				10 (día)	Septiembre (mes)	2025 (año)	

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	VIGENCIA ACTUAL	PAGO No:	8	DE	8
VALOR A PAGAR	$ 85,280,449.00	EN LETRAS	OCHENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) Septiembre (mes) 2025 (año)	30 (día)	Septiembre (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 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	175025	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	$ 85,280,449.00

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 DAVIVIENDA S.A.	NÚMERO DE CUENTA	9900355356	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	$ 85,280,449.00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ -
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 85,280,449.00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 85,280,449.00

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	COORDINADORA GRUPO ADMINISTRATIVO	Catherine Puentes Reina	10/0972025

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS			
RECEPCIÓN DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
PAOLA ANDREA MURCIA RINCON	10/0972025		
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