Yo, **MARIA SABEL ERAZO ERAZO CAICEDO**

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	**LINNEAL S.A.S**		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**NIT: 901531932-6**
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**66005362024**
FECHA SUSCRIPCIÓN	14 (día) Noviembre (mes) 2024 (año)		
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 28 (día) noviembre (mes) 2024 (año) HASTA 28 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	18 (día) diciembre (mes) 2024 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	1 DE 1
VALOR A PAGAR	**$ 77.383.336,00**	EN LETRAS	**SETENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MTE**
PERÍODO DE PAGO	DESDE 28 (día) noviembre (mes) 2024 (año) HASTA 18 (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
ADQUIS. DE BYS - ESTUDIOS DE PREINVERSIÓN - ADQUIS. DE BYS - ESTUDIOS DE PREINVERSIÓN - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, FAMILIAS Y COMUNIDADES A NIVEL NACIONAL	**174724**	**10**	**C-4602-1500-9-704020-4602008-02**	**997**	**02-02-02-005-004-01-2**	**$ 77.383.336,00**

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	72100003059	TIPO DE CUENTA	Ahorros

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		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 77.383.336,00	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 77.383.336,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 77.383.336,00	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
MARÍA ISABEL ERAZO CAICEDO	COORDINADORA	RISARALDA	CENTRO ZONAL BELEN DE UMBRÍA	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
DAVID EDUARDO TAMAYO MARÍN	INGENIERO CIVIL - CONTRATISTA DE APOYO SUPERVISIÓN	RISARALDA	GRUPO ADMINISTRATIVO	
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)**
JUDITH AMPARO ALZATE ALZATE	GRUPO ADIMINISTRATIVO		18/12/2024

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