



BIENESTAR FAMILIAR

Yo, **KAROL JULIANA RODRIGUEZ FERNANDEZ**, 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 MUJERES DE NUESTRO FUTURO							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit		No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900.845.972-5				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO		NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68008742025		FECHA SUSCRIPCIÓN		
					31	Diciembre	2025	
					día	mes	año	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	31	Diciembre	2025	HASTA	31	Julio	2026
		día	mes	año		día	mes	año
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	2		2	2026				
	día		mes	año				
	RÉGIMEN TRIBUTARIO							NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	1	DE	4			
VALOR A PAGAR	\$ 74.187	EN LETRAS:	SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
PERÍODO DE PAGO	DESDE	31	Diciembre	2025	HASTA	31	Diciembre	2025
		día	mes	año		día	mes	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	334625	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	02-02-02-009-002-01	\$ 74.187
						\$ 74.187

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	110500076523	TIPO DE CUENTA	AHORROS
------------------------	------------	------------------	--------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES

No se realizan descuentos.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 74.187
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 74.187 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 74.187

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
KAROL JULIANA RODRIGUEZ FERNANDEZ	COORDINADORA CZ MALAGA	CRA. 8 No. 12 - 30 Barrio Centro	MALAGA	
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
MAYRA LORENA DIAZ ANGARITA	FINANCIERA APOYO A LA SUPERVISION	CRA. 8 No. 12 - 30 Barrio Centro	MALAGA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
KAROL JULIANA RODRIGUEZ FERNANDEZ	COORDINADORA CZ MALAGA		2/02/2026
ESPACIO PARA SER DELIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURAS			
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