Yo, **FREDY ANTONIO SOSA**

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	**LUOS SCRAP**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**901685717-1**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**68008232025**	FECHA SUSCRIPCIÓN	29 (día)	diciembre (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA 31 (día) julio (mes) 2026 (año)		RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	29 (día) abril (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 4 DE 8	
VALOR A PAGAR	$ 28.000.000,00	EN LETRAS	VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) marzo (mes) 2026 (año)	HASTA 31 (día) marzo (mes) 2026 (año)	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADMINISTRACION DE PLANTA FISICA ARRENDAMIENTOS	48026	27	C-4699-1500-3-531058-4699018-02 ADQUIS DE BYS - SERVICIO DE IMPLEMENTACION SISTEMAS DE GESTON.-FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL ICBF BRINDANDO EL SOPORTE OPORTUNO Y NECESARIO PARA LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO PUBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR A NIVEL NACIONAL	184	02-02-02-007-002-02-5	$ 28.000.000,00

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	20000153B5	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	$ 28.000.000,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 28.000.000,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 28.000.000,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
FREDY ANTONIO SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO	REGIONAL SANTANDER	GRUPO ADMINISTRATIVO	
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
DIANA LUCERO PEÑALOZA RAMIREZ	CONTRATISTA	REGIONAL SANTANDER	GRUPO ADMINISTRATIVO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DIANA LUCERO PEÑALOZA RAMIREZ	CONTRATISTA		29/04/2026

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012