Yo, **AUDREY ALVAREZ BUSTOS**

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	**CONSULTORIA ESTRATEGICA INTEGRAL S.A.S. – CEINTE S.A.S**				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**811042842-7**		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	1017102025	FECHA SUSCRIPCIÓN	12 (día) mayo (mes) 2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 19 (día) mayo (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			18 (día) julio (mes) 2025 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2 DE
VALOR A PAGAR	$ 116.935.348	EN LETRAS	Ciento Dieciséis Millones Novecientos Treinta Y Cinco Mil Trescientos Cuarenta Y Ocho pesos
PERÍODO DE PAGO	DESDE 23 (día) mayo (mes) 2025 (año)	HASTA	27 (día) junio (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	454925	27	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 86.764.812
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	454925	27	C-4699-1500-3-53105B-4699018-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 29.057.772
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	454925	10	C-4602-1500-9-704080-4602021-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 1.112.764

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	019-0001-3229	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

Pago factura: FECE - 1744 FECE - 1750 FECE - 1752 FECE - 1751 FECE - 1753 FECE - 1754 FECE - 1755 FECE - 1756 FECE - 1757 FECE - 1758 FECE - 1759 FECE - 1760 FECE - 1761 FECE - 1762 FECE - 1764 FECE - 1767 FECE - 1763 FECE - 1766 FECE - 1765

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	$	116.935.348
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	116.935.348
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	116.935.348

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AUDREY ALVAREZ BUSTOS	DIRECTORA DE ABASTECIMIENTO	SDG	DIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO	
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
NANCY PATRICIA BALAGUERA CARRASQUILLA	CONTRATISTA	SDG	DIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO	Nancy Patricia Balaguera Carrasquilla. Firmado digitalmente por Nancy Patricia Balaguera Carrasquilla. Fecha: 2025.07.18 16:41:54 -05'00'

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
NANCY PATRICIA BALAGUERA CARRASQUILLA	DIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO	Nancy Patricia Balaguera Carrasquilla. Firmado digitalmente por Nancy Patricia Balaguera Carrasquilla. Fecha: 2025.07.18 16:42:05 -05'00'	18/07/2025

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