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	MAGIN COMUNICACIONES SAS					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	830.042.365-4			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	1017062025	FECHA SUSCRIPCIÓN	8 (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			15 (día) diciembre (mes) 2025 (año)			

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	9	DE	
VALOR A PAGAR	$ 502.535.858,00	EN LETRAS	Quinientos Dos Millones Quinientos Treinta Y Cinco Mil Ochocientos Cincuenta Y Ocho pesos		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 3 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	HASTA	9 (día) diciembre (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	448225	27	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 534.328,00
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	448225	10	C-4602-1500-9-704080-4602021-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 17.069.017,00
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	448225	10	C-4602-1500-9-704080-4602021-02	894	02-02-02-008-005-09-6	$ 265.324.232,00
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	448225	27	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 147.718.230,00
SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - DE TIPO LOGISTICO	448225	27	C-4699-1500-3-53105B-4699018-02	994	02-02-02-008-005-09-6	$ 71.890.051,00

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	17244892615	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

Pago factura:FE6262-FE6286-FE6289-FE6285-FE6287-FE6288-FE6290-FE6291-FE6294-FE6295-FE6317-FE6319-FE6320-FE6321-FE6322-FE6318

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	$	502.535.858,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	502.535.858,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	502.535.858,00

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	Firmado digitalmente por AUDREY ALVAREZ BUSTOS
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	Firmado digitalmente por Nancy Patricia Balaguera Carrasquilla Fecha: 2025.12.15 14:38:09 -05'00'

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
NANCY PATRICIA BALAGUERA CARRASQUILLA	DIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO	Firmado digitalmente por Nancy Patricia Balaguera Carrasquilla Fecha: 2025.12.15 14:38:16 -05'00'	15/12/2025

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

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