

Yo, **CAROLINA MORENO ROJAS**, 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: **ASOCIACION COLOMBIANA DE CAMPESINOS DESPLAZADOS**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: NIT: **900637858**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONTRATO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **76000002026** FECHA SUSCRIPCIÓN: **16 febrero 2026**

PLAZO DE EJECUCIÓN: DESDE: **16 febrero 2026** HASTA: **15 diciembre 2026** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **18 septiembre 2026**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **Vigencia** PAGO No: **4** DE **5**

VALOR A PAGAR: **\$ 188.639.118,00** EN LETRAS: **CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS M/CTE**

PERÍODO DE PAGO: DESDE: **1 agosto 2026** HASTA: **31 agosto 2026**

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO	123026	27	C-4602-1500-9-704080-46020202-02-141	141	2-02-02-009-002-01	\$ 978.084,00
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	123026	10	C-4602-1500-9-704020-46020202-02-161	161	2-02-02-009-002-01	\$ 187.661.034,00

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: **BANCO AV VILLAS** NÚMERO DE CUENTA: **530116839** TIPO DE CUENTA: **AHORROS**

3. OBSERVACIONES

Se descuenta valor de inyecciones

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: \$ **-** A EN LETRAS: **-**

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: \$ **-** CUOTA NÚMERO: **-** DE: **-**

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 188.639.118,00**

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO VALOR: **-**

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA VALOR: **-**

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA VALOR: **-**

TOTAL PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 188.639.118,00**

TOTAL A PAGAR (A+B) VALOR: **\$ 188.639.118,00**

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / ZONE	ÁREA O C.E.	FIRMA
CAROLINA MORENO ROJAS	SUPERVISORA	VALLE	JAMUNDÍ	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA
KAREN ELIANA RODRIGUEZ MONTERO	APOYO FINANCIERO	VALLE	JAMUNDÍ	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ELVIS ALEXIS GOMAJA ANDRADE	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN		
JEISON JAVIER ALBÁN GAVIRIA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORIAS

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