Yo, **LUZ DARY MESA ESCOBAR**

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 SUEÑOS DEL MAÑANA ASM**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**NIT**	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900118806**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	**Contrato**	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**11004972023**	FECHA SUSCRIPCIÓN	**25** (día)	**ENERO** (mes)	**2023** (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **25** (día) **ENERO** (mes) **2023** (año)	HASTA **31** (día) **OCTUBRE** (mes) **2023** (año)		RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO.**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**10** **ABRIL** **2023**						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**VIGENCIA**	PAGO No:	**2**	DE	**5**
VALOR A PAGAR	**$ 196.144.500**	EN LETRAS	**CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**		

PERÍODO DE PAGO — DESDE **1** (día) **ABRIL** (mes) **2023** (año) **HASTA** **31** (día) **MAYO** (mes) **2023** (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA CDI CON ARRIENDO - INSTITUCIONAL	**104523**	**10**	**C-4102-1500-18-0-4102001-02**	**161**	**A-02-02-02-009-002-01**	**$ 196.144.500**
				SUBTOTAL		**$ 196.144.500**

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:	**BCSC S A**	NÚMERO DE CUENTA	**24120631335**	TIPO DE CUENTA	**AHORROS**

3. OBSERVACIONES

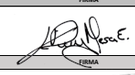
4. ANTICIPOS

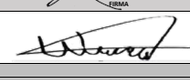
VALOR A PAGAR	$ -	A	EN LETRAS	
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -		CUOTA NÚMERO	DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 196.144.500,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 196.144.500,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	**$ 196.144.500,00**	

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LUZ DARY MESA ESCOBAR	**SUPERVISORA**	**BOGOTA**	**USME**	

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
WALTER LOPEZ TINJACA	**ENLACE DE SEGUIMIENTO EJECUCIÓN TECNICA**	**BOGOTA**	**USME**	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MONICA ANDREA LOZADA BERNAL	**ENLACE DE SEGUIMIENTO EJECUCIÓN FINANCIERA**	**BOGOTA**	**USME**	MONICA LOZADA BERNAL

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
LUIS ALVARO HERMOSA	**GCVN**		12/04/2023

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Bogotá, D.C., 5 de abril 2023

CUENTA DE COBRO No. 02 DEL CONTRATO DE APORTE Nº. 11004972023
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
DEBE A

La **ASOCIACION SUEÑOS DEL MAÑANA ASM**, identificada con NIT Nº. **900118806-2** la suma de **CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($196.144.500)** por concepto del segundo desembolso para los meses de abril y mayo, Según contrato de aporte número 11004972023; conforme a lo establecido en la cláusula TERCERA: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El Valor del aporte efectuado por el ICBF será desembolsado de la siguiente manera:

Nº Cupos 250

CENTRO ZONAL	MODALIDAD	CUPOS	VR. A PAGAR	CONCEPTO	DESCUENTOS	VR. GIRAR
Usme	SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA CDI CON ARRIENDO - INSTITUCIONAL	250	$196.144.500	Atención de los Beneficiarios	$ 0	$196.144.500
VR. TOTAL		**250**	**$196.144.500**		**$ 0**	**$196.144.500**
VALOR TOTAL A PAGAR						**$196.144.500**

VALOR A GIRAR: CIENTO NOVENTA Y SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($196.144.500)

Consignar a la cuenta: BANCO CAJA SOCIAL
Tipo de Cuenta: AHORROS
Numero Cuenta: 24120631335

Atentamente,

GLORIA PATRICIA ARIAS PEÑA
Representante Legal
CC. Nº 51.880.847 de Bogotá
Celular: 3142385453
Anexo: N/A

Bogotá, D.C., 5 de abril 2023

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Yo **GLORIA PATRICIA ARIAS PEÑA** en calidad de Representante Legal de la **ASOCIACION SUEÑOS DEL MAÑANA ASM** con NIT Número 900118806-2 manifiesto que **LA SOCIACION SUEÑOS DEL MAÑANA ASM** encuentra al día con pagos de seguridad social integral y parafiscales hasta la fecha.

La presente se expide en Bogotá, D.C., 5 días del mes de abril de 2023

Cordialmente,

GLORIA PATRICIA ARIAS PEÑA
C.C NO **51.880.847 de Bogota**
TEL/CELULAR: **3142385453**
Representante Legal

Bogotá, D.C., 5 de abril 2023

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Yo **GLORIA PATRICIA ARIAS PEÑA** en calidad de Representante Legal de la **ASOCIACION SUEÑOS DEL MAÑANA** con NIT Número **900118806-2** manifiesto que la Entidad Administradora de Servicios se encuentra al día con pagos a los proveedores hasta la fecha.

La presente se expide en Bogotá, D.C., 5 días del mes de abril de 2023

Cordialmente,



GLORIA PATRICIA ARIAS PEÑA
C.C NO **51.880.847 de Bogota**
TEL/CELULAR: **3142385453**
Representante Legal