Yo, **BEATRIZ FIALLO MARTINEZ**

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	**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**890500675**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	54005802024	FECHA SUSCRIPCIÓN	4 (día)	octubre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 7 (día)	octubre (mes)	2024 (año)	HASTA 20 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN				11 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)	

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	3
VALOR A PAGAR	$ 166.280.238,00	EN LETRAS	CIENTO SESENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MCTE		

PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día)	noviembre (mes)	2024 (año)	HASTA 30 (día)	noviembre (mes)	2024 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	242424	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	A-02-02-02-009-003-03	$ 166.280.238,00

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:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	NÚMERO DE CUENTA	24140826029	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

A. Facturas de venta o cuenta de cobro de acuerdo con el régimen tributario al que pertenece. Su valor debe ser coherente con la liquidación del pago correspondiente tanto en letras como en números. B. Certificado de cumplimiento de pago al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y Aportes Parafiscales, expedida por el representante legal o revisor fiscal del operador, cuando a ello haya lugar. C. Certificado de cumplimiento de pago oportuno a proveedores y al talento humano relacionado con la modalidad, expedida por el Representante Legal o Revisor Fiscal del operador. D. Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de la entidad contratista y con constancia de pago en la Entidad Bancaria. E. formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó el operador de la modalidad definidos en el manual Operativo, por tal motivo debe ser revisado y firmado por el representante legal del operador.

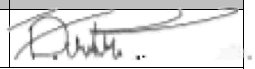
4. ANTICIPOS

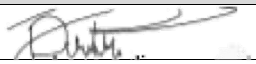
VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 166.280.238,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 166.280.238,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 166.280.238,00	

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

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
BEATRIZ FIALLO MARTINEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	NORTE DE SANTANDER	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	
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 CAROLINA PEREZ QUINTERO	PROFESIONAL DE APOYO	NORTE DE SANTANDER	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
DIANA CAROLINA PEREZ	GAT		11/12/2024

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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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

COMFAORIENTE
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO

NIT: 890500675-6
www.comfaoriente.com

ADMINISTRACION COMFAORIENTE
RESPONSABLE DE IVA
AV 2 # 13-75 BARRO LA PLAYA
CUCUTA TELEFONO: 5748880

Autorización numeración: 18764075082399 de 15/07/2024
Rango autorizado ADOT del 6001 - 6500 vence el 14/07/2025
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RES.012220 DIC 2022

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. **ADOT 6221**

CUFE No. b0d859ca88a7b8fac2a6f94e951353fa5e64b049c647a5ac8dd4334eda1 8eaa35d6173a3e566d4a21cd6174fc8a22c9d

Documento del adquiriente	Razón social o nombre del adquiriente
899999239 - 2	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Dirección	Ciudad	Departamento
AK 68 64 C 75 BOGOTA	BOGOTÁ, D.C.	Bogotá

Teléfono	Fecha facturación	Fecha vencimiento	Tipo de pago		Medio de pago
4377630	09/12/2024 04:02 PM	08/01/2025	Contado	Crédito X	TRANSFERENCIA

Total items : 1

Sec.	Código	Descripción	U.M	Cat.	Cant.	Valor Unit.	Valor Sub.	Valor Total
1	00643	PAGO CONTRATO DE APORTES 54005802024	WSD	D	1.0	166,280,238.	0.00	166,280,238.00

09/12/2024 3:58 p. m.

SEGUNDO DESEMBOLSO CONTR DE APORTES 54005802024 SUSCRITO ENTRE IENTE Y EL ICBF

Subtotal	:	166,280,238.00
Subsidio Tarifa	:	0.00
Otros Beneficios	:	0.00
Anticipos		0.00
Valor IVA		0.00
Valor Imp/Consumo	:	0.00
Total a pagar	:	166,280,238.00

Valor en Letras
CIENTO SESENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

SOMOS UNA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO.

VICTOR ALFONSO LUNA
Elaboró

VICTOR ALFONSO LUNA
Aprobó

Firma Digital

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S NIT 860.026.580-2 Software fact-e
ADO SuperSubsidio

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO
-COMFAORIENTE-
NIT. 890500675-6

CERTIFICA:

Que, de acuerdo a lo verificado en Libros Auxiliares de Contabilidad, Certificaciones expedidas por el Jefe de la División de Talento Humano y Recursos Físicos, la Contadora de la Corporación y demás documentos soporte allegados y en concordancia con lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y los artículos 11 y 12 del Decreto 1406 de 1999, la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - COMFAORIENTE - ha dado cumplimiento a sus obligaciones de autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales, en lo pertinente al mes de noviembre de 2024:

1. Las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradora de Riesgos Laborales "ARL", Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA a noviembre de 2024.

2. Las Entidades Promotoras de Salud a diciembre de 2024.

3. La Corporación realizó el pago el día 04 de diciembre de 2024.

4. Los pagos realizados, corresponden a la nómina del mes de noviembre de 2024.

Los Libros Oficiales de Contabilidad se encuentran impresos a 30 de septiembre de 2024.

Se expide la presente en San José de Cúcuta a los diez (10) días del mes de diciembre de 2024, con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL NORTE DE SANTANDER, para el pago del segundo desembolso del Contrato de Aportes No. 54005802024 del Programa 1.000 días para cambiar el mundo, según Factura Electrónica de Venta No. ADOT 6221.

MARIA CONSUELO SILVA URIBE
Revisor Fiscal
TP. 34222-T

MCSU/bo

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO
-COMFAORIENTE-
NIT. 890500675-6

CERTIFICA:

Que, de acuerdo a lo certificado por el Contador, a lo verificado en Libros Auxiliares de Contabilidad y soportes de pago, la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano -COMFAORIENTE se encuentra a Paz y Salvo con las obligaciones contraídas durante el mes de noviembre de 2024 con proveedores y contratistas del Programa 1.000 días para Cambiar el Mundo según Contrato de Aportes No. 54005802024.

Se expide la presente en San José de Cúcuta a los diez (10) días del mes de diciembre de 2024, con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL NORTE DE SANTANDER, para el pago del segundo desembolso del Contrato de Aportes No. 54005802024 según Factura Electrónica de Venta No. ADOT 6221.

MARIA CONSUELO SILVA URIBE
Revisor Fiscal
TP. 34222-T

MCSU/Kc

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.619.674

SILVA URIBE
APELLIDOS

MARIA CONSUELO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

18-MAY-1954
FECHA DE NACIMIENTO

ARBOLEDAS
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

20-SEP-1976 ARBOLEDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

R-2500100-57157146-F-0027619674-20071217 00476 07351H 02 221947596

San José de Cúcuta Diez (10)
de diciembre de 2024, con
destino al ICBF pago de factura
electrónica de venta No.
ADOT 321.

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



34222-T

MARIA CONSUELO
SILVA DE CARRILLO
C.C. 27.619.674
RESOLUCION INSCRIPCION 894-T FECHA 22-X-92
UNIVERSIDAD FCO. DE PAULA SANTANDER

Cadena 00039927

San José de Cúcuta Diez (10) de diciembre de 2021 con destino al pago de factura electrónica de venta No. ADOT 6221.

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.