

Yo, **YULY TATIANA RUIZ SOLANO**

en mi calidad de SUPERVISORA, INTERVENTORA O INTERLOCUTORA 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               | <b>ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN</b>  |                                                             |                                                       |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN                 | NIT                                                        | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                             | <b>800.069.108-6</b>                                  |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE                         | CONTRATO                                                   | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE                                     | <b>68008732024</b>                                    |
| FECHA SUSCRIPCIÓN                                | <b>2</b> <b>noviembre</b> <b>2024</b><br>día mes año       |                                                             |                                                       |
| PLAZO DE EJECUCIÓN                               | DESDE <b>2</b> <b>noviembre</b> <b>2024</b><br>día mes año | HASTA <b>20</b> <b>diciembre</b> <b>2024</b><br>día mes año | RÉGIMEN TRIBUTARIO <b>NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO</b> |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | <b>8</b> <b>noviembre</b> <b>2024</b><br>día mes año       |                                                             |                                                       |

**2. DATOS DEL PAGO**

|                   |                                                            |                                                             |                                                                                          |    |          |
|-------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia                                                   | PAGO No:                                                    | <b>1</b>                                                                                 | DE | <b>1</b> |
| VALOR A PAGAR     | <b>\$ 14.960.428</b>                                       |                                                             | EN LETRAS <b>CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO PESOS</b> |    |          |
| PERÍODO DE PAGO   | DESDE <b>2</b> <b>noviembre</b> <b>2024</b><br>día mes año | HASTA <b>20</b> <b>diciembre</b> <b>2024</b><br>día mes año |                                                                                          |    |          |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO             | RPC    | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL      | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL    | VALOR A PAGAR |
|-----------------------------------|--------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------|
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 317824 | 27      | C-4602-1500-9-704080-4602020-02 | 162                                 | 02-02-02-009-002-01 | \$ 14.700.428 |
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | 317824 | 20      | C-4602-1500-9-704020-4602020-02 | 166                                 | 02-02-02-009-002-01 | \$ 260.000    |
|                                   |        |         |                                 |                                     |                     |               |
|                                   |        |         |                                 |                                     |                     |               |
|                                   |        |         |                                 |                                     |                     |               |

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: | <b>BANCO POPULAR</b> | NÚMERO DE CUENTA | <b>500-80632563-7</b> | TIPO DE CUENTA | <b>AHORROS</b> |
|------------------------|----------------------|------------------|-----------------------|----------------|----------------|

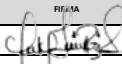
**3. OBSERVACIONES****4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

|                                                  |        |                      |
|--------------------------------------------------|--------|----------------------|
| PAGO CORRIENTE                                   | VALOR  |                      |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO                         | VALOR  | <b>\$ 14.960.428</b> |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR  | <b>\$ -</b>          |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA              | VALOR  | <b>\$ 14.960.428</b> |
| TOTAL PAGO CORRIENTE                             | VALOR  | <b>\$ 14.960.428</b> |
| TOTAL A PAGAR (A+B)                              | VALOR: | <b>\$ 14.960.428</b> |

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO |                         |                          |                |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                                                          | CARGO                   | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z.    | FIRMA                                                                                 |
| <b>YULY TATIANA RUIZ SOLANO</b>                                 | <b>COORDINADOR</b>      | <b>CALLE 9# 8-20</b>     | <b>SOCORRO</b> |  |
| 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                                                                                 |
| <b>LILIANA DELGADO MALDONADO</b>                                | <b>APOYO FINANCIERO</b> | <b>CALLE 9# 8-20</b>     | <b>SOCORRO</b> |  |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC                               |                     |                                                                                       |                    |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| NOMBRE                                                      | ÁREA                | FIRMA                                                                                 | FECHA (dd/mm/aaaa) |
| <b>YULY TATIANA RUIZ SOLANO</b>                             | <b>CZ SOCORRO</b>   |  | <b>8/11/2024</b>   |
| ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS |                     |                                                                                       |                    |
| 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              |
|                                                             |                     |                                                                                       |                    |



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
Regional Santander  
Centro Zonal SOCORRO



CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Yo YULY TATIANA RUIZ SOLANO Coordinador Del Centro Zonal SOCORRO certifico :

| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                         | NIT O C.C   | CONTRATO No |
|-------------------------------------------------|-------------|-------------|
| ASOCIACION DE PADRES HOGARES DE BIENESTAR GALAN | 800069108-6 | 68008732024 |

Que la La Entidad Administradora del Servicio E.A.S ha entregado previamente al CENTRO ZONAL los siguientes documentos, correspondientes al PRIMER (01) DESEMBOLSO, según CLÁUSULA 6. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO , de fecha 02 de Noviembre 2024, Plataforma SECOPII

- a) Presupuesto inicial de ingresos y gastos avalado por el Comité Técnico Operativo y aprobado por el Supervisor
- b) Aprobación del presupuesto de contrapartida y los valores técnicos agregados, cuando aplique, avalados por el comité técnico operativo y aprobado por el supervisor
- c) Cronograma de actividades correspondientes a la ejecución de las obligaciones contractuales relacionadas con la prestación del servicio
- d) El ciclo de menú de conformidad con lo establecido en la minuta patrón aprobado por el nutricionista del ICBF.
- e) Reporte generado por el Sistema de Información y validado por el representante legal o quien haga sus veces de los datos del Representante Legal, EAS, dirección exacta teléfono exacto de la sede principal de la EAS, contrato, servicio y valores de acuerdo con la documentación física.
- f) El listado actualizado de las UDS en las cuales se prestarán los servicios de atención a los beneficiarios según los datos existentes (código de unidades, nombres, dirección, teléfono y responsable) tomando como insumo los datos ya creados en el Sistema de Información que el ICBF disponga.
- g) Listado de los datos básicos de los beneficiarios de continuidad en la unidad de servicio y los que ingresan según lo establecido en la Guía para la Focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia y las demás directrices del ICBF.
- h) Acta de visita y registro fotográfico que soporte que la infraestructura ofertada cumple con las condiciones físicas de las instalaciones relacionadas para la prestación del servicio a contratar (Solo aplica cuando el ICBF, para la selección, tuvo en cuenta la sede propia ofertada por la entidad

**Formato de certificacion Pago Contratos Prestacion de Servicios y Programas Diferente a Honorarios con los siguientes documentos:**

- 1.) Cuenta de cobro o factura correspondiente.
- 2) La certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
- 3) Certificación firmada por el Representante Legal o Revisor Fiscal de que se encuentra al día en el pago de Proveedores. (cuando aplique).

4.) Planilla del último pago de Seguridad Social.

| informacion de deducciones período de pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                  |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|------------------|
| periodo de pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 02/11/2024 AL 20/12/2024                   |                  |                  |
| IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SERVICIO                                   | VALOR PROGRAMADO | DEDUCCION        |
| C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT<br>162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA<br>Recurso 10 | HCB                                        |                  | \$ -             |
| C-4602-1500-9-704080-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT<br>162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA<br>Recurso 27 | HCB AGRUPADO                               |                  | \$ 14.700.428,00 |
| C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT<br>162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA<br>Recurso 10 | HCB FAMI                                   |                  | \$ -             |
| C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT<br>166 POLIZAS PARA PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA<br>Recurso 20              | POLIZAS PARA PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA |                  | \$260.000        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | VALOR DEDUCCIONES                          |                  | \$ -             |
| <div><br/>YULY TATIANA RUIZ SOLANO<br/>Supervisor del Contrato</div>                                                                                                                                                                                                              |                                            |                  |                  |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Socorro, 12 de Noviembre 2024              |                  |                  |

**CUENTA DE COBRO Nro. 01**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR  
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS – ICBF  
NIT. 899999239-2**

**DEBE A:**

**ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN  
NIT 800.069.108-6**

**LA SUMA DE:**

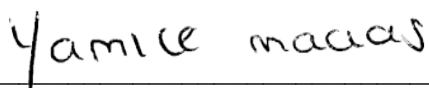
**CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS  
VEINTIOCHO PESOS MCTE. (\$14.960.428).**

**POR CONCEPTO DE:**

**PRIMER Desembolso vigencia 2024** equivalente a la suma del valor del costo cupo mes de atención según canasta, por el número de unidades contratadas, por 49 días de atención noviembre y parte de diciembre 2024 mas gastos operativos póliza contrato de aporte, al contrato de aporte Nro. 68008732024 de fecha noviembre 02 de 2024.

**CUENTA AHORROS No: 500-806-32563-7 del BANCO POPULAR S.A. Sucursal  
SOCORRO**

Se expide en Galán, a los 06 días del mes de noviembre de 2024.

  
\_\_\_\_\_  
**YAMILE MACIAS CAMACHO**  
**C.C. No 1.097.608.983 de El Carmen**  
**Representante Legal APHB GALAN**

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

**SEÑORES:**  
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**  
**REGIONAL SANTANDER.**

Nosotros (as), YAMILE MACIAS CAMACHO , identificado (a) con cédula de ciudadanía No 1.097.608.983 expedida en El Carmen, en mi calidad de Representante Legal y SAIRETH GABRIELA CAMACHO PEREZ en mi calidad de Tesorero (a) de la ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN, identificada con NIT No. 8 0 0 0 6 9 1 0 8 -6 manifiéstanos bajo gravedad de juramento que esta entidad, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos susproveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al **mes de OCTUBRE de 2024.**

En constancia se firma en el municipio de Galán a los 06 días del mes de noviembre de 2024.

*Yamile macias*

**Firma Representante Legal**  
**C.C. No. 1.097.608.983**

*Gabriela C.*

**Firma Tesorero (a)**  
**C.C. No. 1.102.726.174**

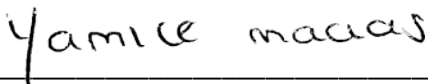
**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD  
SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y  
PARAFISCALES**

Galán, 06 de noviembre de 2024

SEÑORES:  
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR  
REGIONAL SANTANDER

Yo, YAMILE MACIAS CAMACHO, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.097.608.983** expedida en El Carmen, en mi calidad de representante legal de la Entidad contratista APHB GALAN, identificada con NIT No. 800.069.108-6 del Centro Zonal Socorro, Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad ha cumplido, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondiente a Salud (**noviembre 2024**) y Pensión (**octubre 2024**) de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo; dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,



---

**YAMILE MACIAS CAMACHO**  
**CC. 1.097.608.983 de El Carmen**  
**REPRESENTANTE LEGAL APHB GALAN**



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |              |                                              |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |             |                           |               |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------------------|---------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:                    | 800069108                                         | NÚMERO PLANILLA:               | 7943085867  | TIPO DE PLANILLA:         | E-EMPLEADOS   |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |              | ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR |                                                   | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES         | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | GALAN        | DEPARTAMENTO:                                | SANTANDER                                         | DÍAS DE MORA:                  | octubre AÑO |                           | MES           |
| DIRECCIÓN:                                                                | CRA 6 # 9-23 | TELÉFONO:                                    | 2222222                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024        |                           | noviembre AÑO |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE:                             | B-MENOS DE 200 COTIZANTES                         |                                | 2024/10/25  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 1003548058    |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA      | ACTIVIDAD ECONOMICA:                         | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                                |             |                           |               |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO        |                                              |                                                   |                                |             |                           |               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |              |                                              | NO                                                |                                |             |                           |               |