Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES**

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	ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900332511				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	81001582025	FECHA SUSCRIPCIÓN	6 (día)	marzo (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 6 (día) marzo (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	11 (día) abril (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	7
VALOR A PAGAR	$ 99.177.005	EN LETRAS	NOVENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL CINCO PESOS M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) abril (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) abril (mes) 2025 (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	33125	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	**161** SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	$ 99.177.005

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 DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	506400064313	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

Ninguna

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	$ 99.177.005	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 99.177.005	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 99.177.005	

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES	SUPERVISORA DEL CONTRATO DE APORTE	ARAUCA	TAME	Paula A. Robledo C
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
SANDRA VIVIANA PRECIADO MARTINEZ	CONTRATISTA	ARAUCA	TAME	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
GIVEL ANDREA LINDARTE VANEGAS	GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA PLANEACIÓN Y SISTEMAS		11-04-2025

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

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

CUENTA DE COBRO N° 004 DE 2025	**FECHA:** 11 ABRIL 2025

CLIENTE

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-REGIONAL ARAUCA
IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.239-2
DIRECCIÓN: KR 21 NRO. 1 - 34 B FUNDADORES
TELÉFONO: 8851826

PROVEEDOR

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI
IDENTIFICACIÓN: 900332511-1
DIRECCIÓN: CALLE 15 N° 13-72 B CENTRO
TELÉFONO: 3209197608
CORREO ELECTRÓNICO: AMTPI2024@GMAIL.COM

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	PRECIO UNITARIO
1	SOLICITUD DEL SEGUNDO DESEMBOLSO DEL CONTRATO DE APORTES **81001582025** CUYO OBJETO ES "COMPLEMENTAR LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS A TRAVÉS DE LA ENTREGA DE ALIMENTOS PARA FORTALECER EL COMPONENTE ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA "DE CERO A SIEMPRE"	$ 91.177.005
	SUB TOTAL	$91.177.005
	TOTAL	$91.177.005

NOVENTA Y UN MILLON CIENTO SETENTA Y SIETE MIL CINCO PESOS M/CTE ($91.177.005)

AUTORIZA

STEFFANY PATIÑO V.
STEFFANY PATIÑO VILLAMIZAR
REPRESENTANTE LEGAL

MCD
CONSULTORÍAS

ASESORIA TRIBUTARIA Y FINANCIERA
REVISORIA FISCAL
AUDITORIA INTERNA-EXTENA

MCD-172-2025

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

PERSONA JURIDICA

Yo **MARIA DEL CARMEN DELGADO CRISTANCHO,** identificada con cedula de ciudadanía No.60.393.553 de Cúcuta, y con tarjeta profesional No. 118674-T, en mi condición de Contador Público de la Microempresa **ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS PARA LA PRIMERA INFANCIA,** con NIT 900.332.511-1, debidamente inscrita en cámara de comercio del Piedemonte Araucano sede Tame, certifico el pago de aportes realizados por la empresa durante los últimos seis (6) meses, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, instituto colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje Sena (SENA, dando cumplimiento al ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003.

Dado a los once (11) días del mes de abril de 2025

Cordialmente,

María Del Carmen Delgado Cristancho
Contadora
T.P 118674-T.
Contadora Pública-U. Francisco de Paula Santander
Cel: 321-5649640

Adjunto: Tarjeta Profesional 118674-T

Mz 2 Casa H7 Quintas del Tamarindo II
Villa del Rosario-Cúcuta
Cel: 321-5649640
mcdconsultorias@gmail.com

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

118674-T



MARIA DEL CARMEN
DELGADO CRISTANCHO
C.C. 60393553
RESOLUCION INSCRIPCION 129 FECHA 18/05/2006
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 128512

Certificado Seguridad social 11-04-2025

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único 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.

DUPLICADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
60.393.553
NUMERO

DELGADO CRISTANCHO
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1979
CAPITANEJO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-MAY-1997 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2500100-57163564-F-0060393553-20071204 00483 07338O 02 262076286

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

3 4 8 2 6 4 F B D 2 B C 9 0 4 C

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARIA DEL CARMEN DELGADO CRISTANCHO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 60393553 de CUCUTA (N. DE SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 118674-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	694.239.035,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	694.239.035,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	694.239.035,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1_INFORME SUPERVISION 81001582025.pdf	1_INFORME SUPERVISION 81001582025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81001582025.pdf	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81001582025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CONTRATO 81001582025.pdf	ACTA DE INICIO CONTRATO 81001582025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 33125 C 81001582025.pdf	RPC 33125 C 81001582025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2_INFORME SUPERVISION 81001582025.pdf	2_INFORME SUPERVISION 81001582025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Sandra Viviana Preciado Martinez

De: Paula Andrea Robledo Cortes
Enviado el: viernes, 11 de abril de 2025 6:15 p. m.
Para: Carlos Alberto Martinez Buelvas
CC: Givel Andrea Lindarte Vanegas; Sandra Viviana Preciado Martinez
Asunto: Autorización de pago del contrato 81001582025
Datos adjuntos: 2_SEGUNDA_SOLICITUD DESEMBOLSO_81001582025.pdf

Cordial saludo.

Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES,** en mi calidad de supervisor del contrato **81001582025,** certifico el cumplimiento a satisfacción con las obligaciones contractuales por parte del contratista **ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI,** Por lo anterior y de acuerdo a la resolución 5360 del 30 de junio de 2023, **AUTORIZO** el pago correspondiente al periodo del **01/04/2025** al **30/04/2025**, de acuerdo a los soportes y requisitos remitidos en el archivo adjunto.

DOCUMENTO REQUERIDO	CONTRATO DE APORTE
a) _Copia del documento denominado "Información general" emitido desde la plataforma SECOPII.	**NO APLICA**
b) _ Copia Estudios Previos o aceptación de la oferta, según sea el caso.	**NO APLICA**
c)_ Copia de la propuesta económica presentada por el contratista.	**NO APLICA** para la modalidad propuesta económica.
d) _Oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General o por el Grupo Jurídico de las Direcciones Regionales del ICBF.	**NO APLICA**
e)_ Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente, para los casos de los Consorcios Uniones Temporales (UT) se deben presentara demás del RUT de la UT o del Consorcio el RUT de los integrantes.	**NO APLICA** para el contrato
f)_ Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente.	**NO APLICA**)
g)_ Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación.	**NO APLICA**
h)_ Certificación pagos contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios y viáticos, expedida por el supervisor o interventor del contrato, debidamente diligenciada, de acuerdo con la versión vigente.	Se anexa Certificación pagos contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios y viáticos
i)_ Acta de inicio cuando esta se haya pactado como requisito para el inicio de la ejecución contractual.	**NO APLICA**

j)_ Planilla de liquidación de los servicios prestados, firmada por el respectivo Coordinador del Centro Zonal, supervisor o interventor del contrato, asesores financieros y técnicos del programa (de acuerdo a la estructura llevada en el centro zonal o Regional para la revisión de cuentas), en medio digital. (Para aquellos casos en que la certificación es se generen en forma individual, no se requiere este documento), cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato
k)_ Planilla de liquidación, firmada por el respectivo Coordinador del Centro Zonal, de acuerdo con el reporte emitido por el aplicativo SIM, con la cual certifica el cumplimiento del servicio a satisfacción (para aquellos casos en que las certificaciones se generen en forma individual, la planilla no se requiere).	**NO APLICA** para el contrato
n)_ Factura electrónica (cuando aplique) o documento equivalente.	Se anexa cuenta de cobro
o)_ Captura de pantalla del soporte de aprobación de la factura en el aplicativo OLIMPIA, cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato debido a que se aporta cuenta de cobro y no factura electrónica
p)_ Captura de pantalla del soporte donde conste la validación de la factura por parte de la DIAN-Código Único de Factura Electrónica (CUFE) cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato debido a que se aporta cuenta de cobro y no factura electrónica
q)_ Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, en la cual conste que el contratista se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales. Adjuntar copia de la cedula de ciudadanía y tarjeta profesional en los casos en los que sea suscrita por el revisor fiscal. Si es persona natural, se deberá anexar copia de la planilla pagada de aporte a seguridad social en salud, pensión y ARL.	Se anexa certificación
t)_ Certificación bancaria donde se consignarán los recursos a la persona natural o jurídica.	**NO APLICA**
u)_ Captura de pantalla donde se evidencie que fueron cargados los documentos para el trámite de pago con el informe de supervisión o interventoría en la plataforma SECOP II.	Se anexa reporte del cargue en el SECOP II
v)_ Cuando se trate de contratos que tengan Interventoría, debe mediar la autorización de pago del Interventor, la cual debe ser remitida al supervisor del contrato y posteriormente, por parte de este remitir a las áreas Financieras la autorización de pago, cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato
w)_ Correo institucional de autorización del supervisor del Contrato al área financiera correspondiente (Regional o Sede).	Se envia Correo institucional
x)_ Cuando se trate de consorcios unión extemporales, anexar copia del documento de constitución del consorcio o unión temporal.	**NO APLICA** para el contrato
y)_ Para contratos centralizados, las áreas correspondientes deben remitir al Grupo Financiero Sede de la Dirección General el archivo pdf y el Excel con la identificación de los municipios donde se prestó el servicio respecto de la factura que se está tramitando.	**NO APLICA** para el contrato
ad)_ En el caso de efectuar se modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento modificatorio de la adición, prórroga o reducción y propuesta económica cuando aplique.	**NO APLICA** no se cuenta con modificación para el periodo de la solicitud

af)_ Para el caso determinación es anticipadas de contrato, adjuntar documento determinación, donde especifique la información financiera del mismo, cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato

Cordialmente,

Paula Andrea Robledo Cortes
Profesional Especializado
Coordinadora
ICBF Sede Centro Zonal Tame - Regional Arauca
Carrera 14 #15-57
Teléfono: 607 8886252
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co