Yo, **MIRIAM ROSELLY CÁCERES JERÉZ**

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	**CORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIR HYPATIA**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900490026**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**68002662025**	FECHA SUSCRIPCIÓN	27 (día)	febrero (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 28 (día)	febrero (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: 3	DE 8
VALOR A PAGAR	$ 230.891.108,00	EN LETRAS	DOSCIENTOS TREINTA MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA YUN MIL CIENTO OCHO PESOS MCTE
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
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	50225	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	02-02-02-009-002-01 SERVICIOS DE EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR	$ 230.891.108,00

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:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	79500009649	TIPO DE CUENTA	Ahorro

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	$	230.891.108,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	230.891.108,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	230.891.108,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MIRIAM ROSELLY CÁCERES JERÉZ	COORDINADORA CZ ANTONIA SANTOS	REGIONAL SANTANDER	CZ ANTONIA SANTOS	
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
MARIA LEIDA LAITON	CONTRATISTA- APOYO AL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION FINANCIERA	REGIONAL SANTANDER	CZ ANTONIA SANTOS	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
MIRIAM ROSELLY CÁCERES JERÉZ	CZ ANTONIA SANTOS		11/042025

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

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL ANTONIA SANTOS - INSTITUTOCOLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL SANTANDER

CERTIFICA

Que, la **a CORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIR HYPATIA identificado con NIT. 900490026- 7**, el cual ejecuta el contrato de aportes No 68002662025 modalidad Educación inicial en el; presentó los documentos requeridos para efectuar el Tercer desembolso, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 6. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO, así:

a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. en con concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, Guías Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras.

b) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF.

Instrucciones generales de diligenciamiento:
1. Los con fondo gris no deben ser modificados ni diligenciados, estos se encuentran formulados
2. En el caso de que se requiera indicar números estos se deben expresar sin puntos y/o comas

1. INFORMACIÓN GENERAL

Contrato de aporte Número: 68002662025	**Cupos: 628**	**Servicio que presta: Educación Inicial en el Hogar**
Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: 08/03/25		**Período reportado:** 08/03/2025 al 31/03/2025
Municipio(s) en el que se ubica el servicio: **Lebrija**		**Nº de unidades de servicio: 19**
Nombre de la Entidad Administradora del Servicio (EAS): CORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIR HYPATIA		**Nombre del Representante Legal de la (EAS):** GUTIERREZ QUINTERO BEATRIZ
Regional: **SANTANDER**		**Centro(s) Zonal(es) que supervisa(n):** **CENTRO ZONAL ANTONIA SANTOS**
Nombre(s) del (los) Supervisor(es): Miriam Roselly Caceres		

2. INFORME GENERAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA

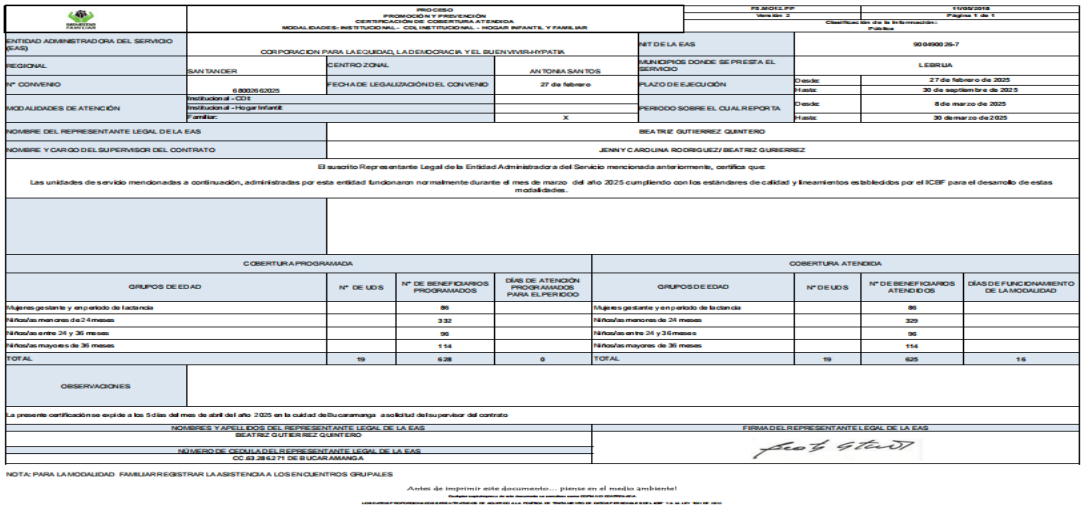
ASPECTO A EVALUAR	NÚMERO	% EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Total de cupos contratados	628		
Total de niñas y niños atendidos en el periodo	540	86%	
Total de mujeres gestantes atendidas en el periodo (aplica para DIMF, MP, HCB FAMI)	86	14%	
Usuarios nuevos en el periodo	626	100%	
Usuarios reportados con calidad en el sistema de información del ICBF en el periodo	0	0%	No se ha realizado cargue en la plataforma cuentame porque para el mes de marzo no se contaba con la habilitación del cuéntame
Usuarios con discapacidad atendidos (incluye madres gestantes y mujeres en periodo de lactancia)	0	0%	No se cuenta con participantes que tengan alguna discapacidad

3. RELACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS RETIRADOS

ASPECTO A EVALUAR	NÚMERO	% EN RELACIÓN A LOS CUPOS CONTRATADOS	ALERTAS Y OBSERVACIONES
Niñas y niños que se retiraron durante el período	1	0%	Se presentó 1 retiro

c) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior.

d) Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos).



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA
MODALIDADES: INSTITUCIONAL - CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	CORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIRHYPATIA			NIT DE LA EAS	900490026-7		
REGIONAL	SANTANDER	CENTRO ZONAL	ANTONIA SANTOS	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	LEBRIJA		
N° CONVENIO	6 80026 62025	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	27 de febrero	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	27 de febrero de 2025	
					Hasta:	30 de septiembre de 2025	
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	8 de marzo de 2025	
	Institucional - Hogar Infantil				Hasta:	30 de marzo de 2025	
	Familiar:		X				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	BEATRIZ GUTIERREZ QUINTERO						
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	JENNY CAROLINA RODRIGUEZ/ BEATRIZ GURIERREZ						

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes de marzo del año 2025 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia		86		Mujeres gestante y en periodo de lactancia		86	
Niños/as menores de 24 meses		332		Niños/as menores de 24 meses		329	
Niños/as entre 24 y 36 meses		96		Niños/as entre 24 y 36meses		96	
Niños/as mayores de 36 meses		114		Niños/as mayores de 36 meses		114	
TOTAL	19	628	0	TOTAL	19	625	16

OBSERVACIONES

La presente certificación se expide a los 5 días del mes de abril del año 2025 en la ciudad de Bucaramanga a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
BEATRIZ GUTIERREZ QUINTERO	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS CC 63.286.271 DE B/ UCARAMANGA	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

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

e) Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia, y la dotación de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (N/A).

Nombre Entidad Contratista	Tipo Documento EC	Identificación EC	Tipo de organización	Código del Depto de la EC	Departamento EC	Código del Munic de la EC	Municipio EC	Direccion EC	Telefono EC	Correo Electronico EC
CORPORACIÓN PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIRHYPATIA	NUMERO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	900490026	ASOCIACIONES	68	Santander	68001	Bucaramanga	CL 10 28 44 BARRIO LA UNIVERSIDAD	6046513	hypatiacorporacion@gmail.com

Primer Nombre Representante Legal	Segundo Nombre Representante Legal	Primer Apellido Representante Legal	Segundo Apellido Representante Legal	Correo Electronico Representante Legal	Telefono Representante Legal	Celular Representante Legal	Nombre del Ser
BEATRIZ		GUTIERREZ	QUINTERO	beatrizgutierrez5920@gmail.com	3013681863		EDUCACIÓN INICI EL HOGAR - A - FA Y COMUNITAF

f) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el seguimiento según los Manuales Técnicos, Guías Operativas Manuales Técnicos de la Modalidad y Guías Operativas del servicio correspondiente.

Toma Nutricional

Teniendo en cuenta las actualizaciones presentadas por el Sistema de Información Cuéntame en tipo de beneficiario y módulo de seguimiento nutricional, a la fecha no se puede evidenciar la información correspondiente a toma nutricional en él Cuéntame, sin embargo, el cumplimiento de esta obligación contractual se pudo verificar a través de los formatos de captura de datos antropométricos.

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO:	CORPORACION HYPATIA
NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:	UA LEBRIJA CONTRATO 68002662025
MODALIDAD (Institucional, Familiar, Comunitaria o Propia):	MODALIDAD FAMILIAR O COMUNITARIA
SERVICIO / FORMA DE ATENCIÓN :	TOPACIO
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:	

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES	APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA 1				
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (Kg)	TALLA (cm)	FECHA DE LA TOMA PERÍMETRO BRAQUIAL (dd/mm/aaaa)	Perímetro Braquial [1] (cm)
1	1099380738	ASHLEY MARIANA	AYALA OSORIO	F	17/10/2024	17/03/2025	25/03/2025	7.6 KG	65 CM		
2	1099380382	ASHLEY SOFIA	RODRIGUEZ MARCANO	F	17/11/2023	17/03/2025	25/03/2025	10,2 KG	76 CM	25/03/2025	13 CM
3	1099380549	CARMEN SOFIA	RIVERA PRADA	F	21/04/2024	17/03/2025	25/03/2025	11.3 KG	73 CM	25/03/2025	16 CM
4	1099380709	CATTALEYA	CAMACHO PINZÓN	F	11/09/2024	17/03/2025	25/03/2025	8 KG	66 CM	25/03/2025	17 CM
5	1099380749	CATTALEYA	URREGO RUEDA	F	21/10/2024	17/03/2025	25/03/2025	8.4 KG	64 CM		
6	1099380686	CELESTE	CORREA MOSQUERA	F	20/08/2024	17/03/2025	25/03/2025	8.9 KG	69 CM	25/03/2025	16 CM
7	1099380654	CRISTOPHER ALONSO	RUEDA SERRANO	M	25/07/2024	17/03/2025	25/03/2025	12 KG	73 CM	25/03/2025	17.5 CM
8	1099380491	DAILYN CELESTE	SALAZAR SANTAMARIA	F	28/02/2024	17/03/2025	25/03/2025	9.2 KG	76 CM	25/03/2025	15 CM
9	1099380646	DAILYN VICTORIA	JAIMES CARDENAS	F	24/07/2024	17/03/2025	25/03/2025	9 KG	68 CM	25/03/2025	14 CM
10	1097158486	DANNA LUCIA	PINZÓN GONZALEZ	F	19/12/2024	17/03/2025	25/03/2025	5.7 KG	57 CM		
11	1099380377	DEIRY ANTHONELLA	ORTEGA RUEDA	F	13/11/2023	17/03/2025	25/03/2025	12.3 KG	82 CM	25/03/2025	18 CM
12	1099380729	DELBER JOSUA	PARRA PARRA	M	08/10/2024	17/03/2025	25/03/2025	9.4 KG	67.5 CM		
13	1099380262	DOMINIC SANTIAGO	PICO RUEDA	M	15/08/2023	17/03/2025	25/03/2025	14 CM	90 CM	25/03/2025	15 CM
14	1099380014	DULCE MARIA	MARTINEZ ORTIZ	F	30/01/2023	17/03/2025	25/03/2025	9.7 KG	76 CM	25/03/2025	14,5 CM
15	1097155186	EIMY LUCIANA	CALDERÓN DIAZ	F	27/11/2023	17/03/2025	25/03/2025	18.3 KG	85 CM	25/03/2025	21 CM
16	1099380256	EMELY TATIANA	OSORIO SANTA	F	02/08/2023	17/03/2025	25/03/2025	10.6 KG	76 CM	25/03/2025	15.5 CM

g) Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia.

Atenciones priorizadas: Afiliación vigente a salud, carné de crecimiento y desarrollo y esquema de vacunación completo para la edad.

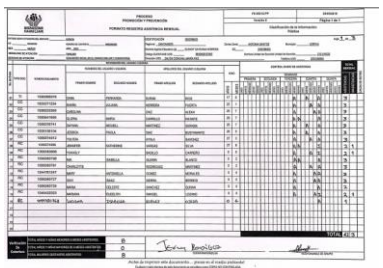
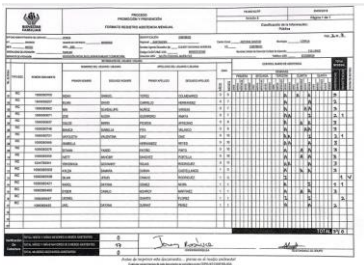
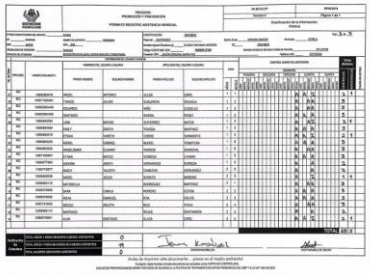
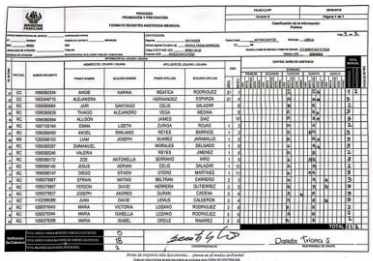
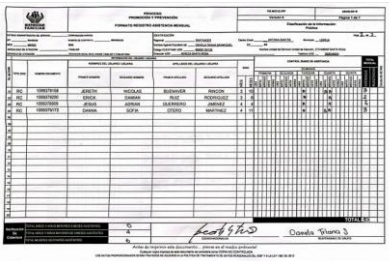
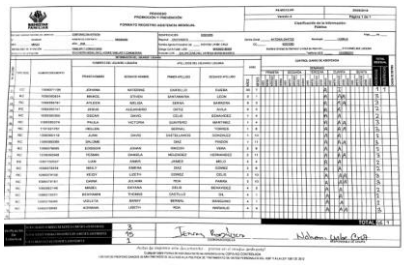
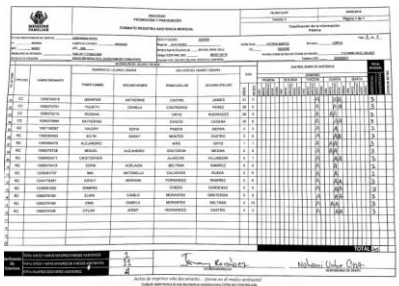
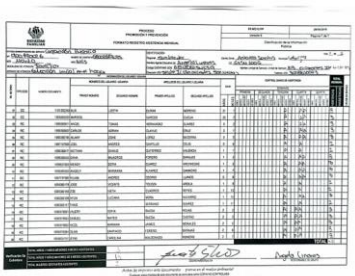
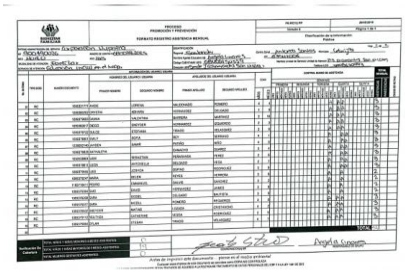
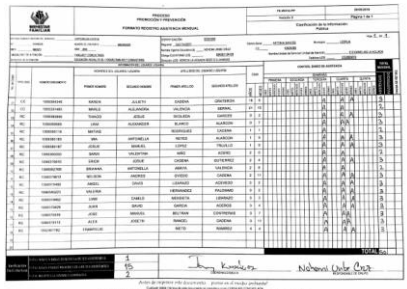
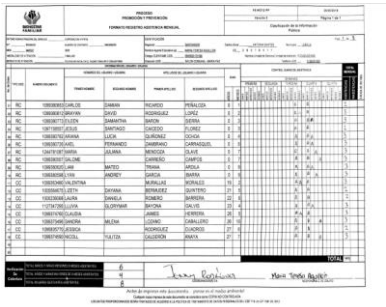
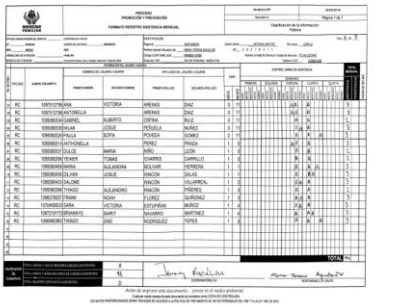
Teniendo en cuenta las actualizaciones presentadas por el Sistema de Información Cuéntame en tipo de beneficiario y módulo de seguimiento nutricional, a la fecha no se puede evidenciar la información correspondiente a afiliación vigente a salud, carné de crecimiento y desarrollo y esquema de vacunación completo para la edad en él Cuéntame, sin embargo, el cumplimiento de estas atenciones se pudo verificar a través de los formatos de seguimiento presentados por la Entidad Administradora de Servicio.

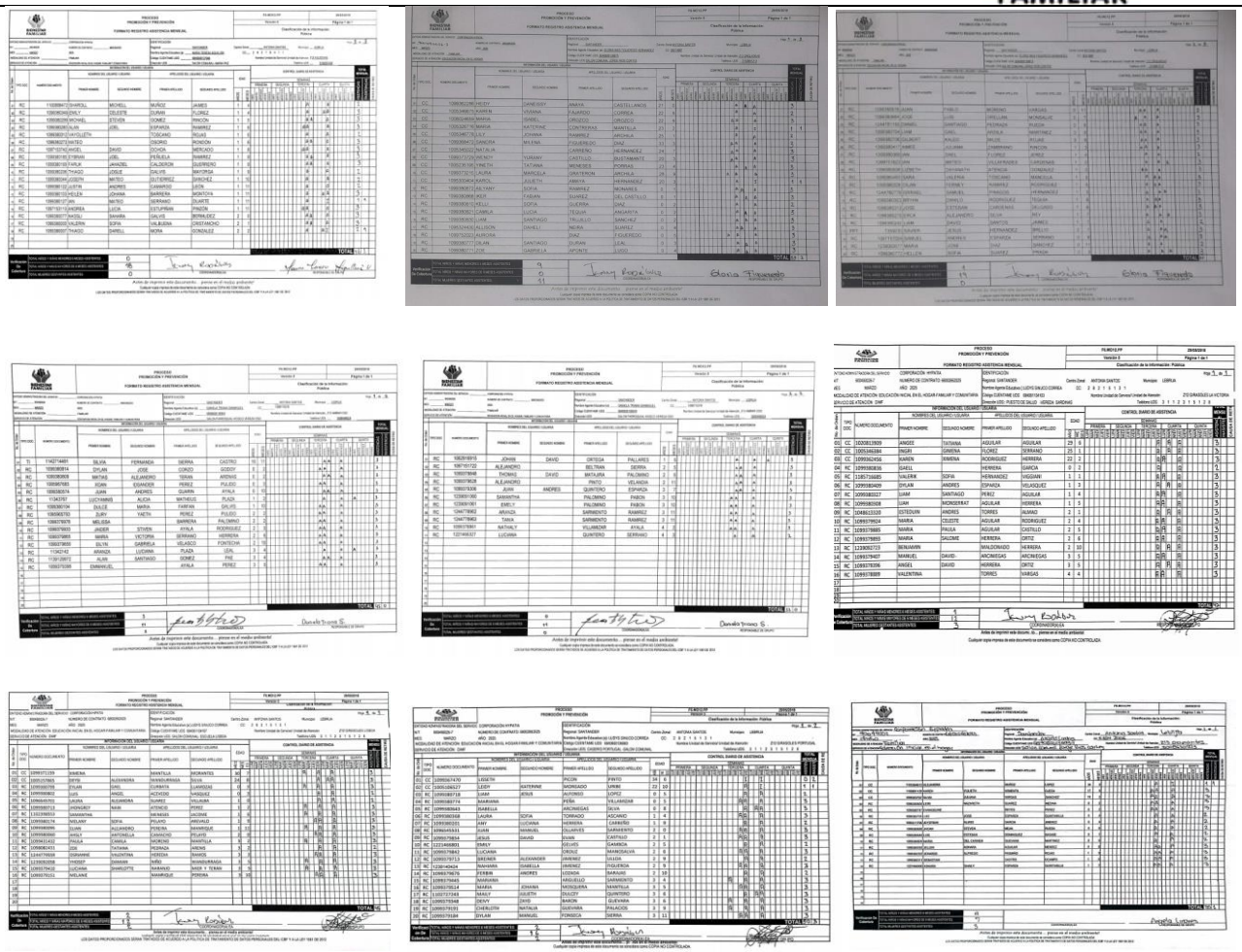
Hypatia
Corporación para la Equidad, la Democracia y el Buen Vivir

HYPATIA
Nit. 900490026-7
Matriz de información Beneficiario

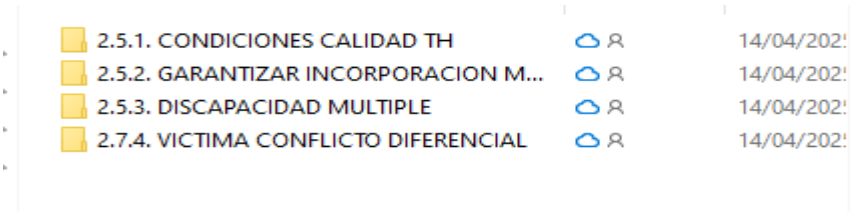
CODIGO DE LA UNIDAD DE SERVICIO	MUNICIPIO DE UBICACION DE LA UNIDAD DE SERVICIO	TIPO DE BENEFICIARIO (NIÑO - NIÑA MUJER GESANTE)	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO (SD/RC/TI/CC/P	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	¿EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) EL BENEFICIARIO ES? SUBSIDIADO/CONTRIBUTIVO	NOMBRE DE LA EPS	EL BENEFICIARIO PRESENTA CARNÈ DE VACUNACIÓN	FECHA DEL ULTIMO ESQUEMA DE VACUNACIÓN	EL BENEFICIARIO PRESENTA CARNE DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SI/NO
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380754	SUBSIDIADO	COOSALUD	SI	11/03/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1095324452	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	SI	01/14/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	MENOR DE 6 MESES	RC	1244781398	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	03/03/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1097155984	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	20/01/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1098837674	SUDSIDIADO	NUEVA EPS	SI	22/07/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380580	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	SI	11/11/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380615	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	21701/2025	si
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1097156940	CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	SI	07/01/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1191228551	SUBSIDIADO	COMFAORIENTE	SI	02/02/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380683	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	SI	03/03/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380688	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	10/03/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380692	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	3/3/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1095848441	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	25/07/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099431635	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	18/07/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380089	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	SI	26/10/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380129	SUBSIDIADO	COOSALUD	SI	11/11/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380159	CONTRIBUTIVO	SURA	SI	02/11/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380211	CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS	SI	12/12/2024	si
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380276	SUBSIDIADO	COOSALUD	SI	02/01/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380293	SUBSIDIADO	COOSALUD	SI	11/09/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380439	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	13/03/2025	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380333	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	10/10/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380332	SUBSIDIADO	NUEVA EPS	SI	11/10/2024	SI
6840600136942	LEBRIJA	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y	RC	1099380363	SUBSIDIADO	COOSALUD	SI	11/10/2024	SI

h) Registro Mensual de Asistencia -RAM – en el instrumento que defina el ICBF según la atención.



i) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamientos a familias y cualificación del talento humano



j) Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario.

k) Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales

MIRIAM ROSELLY CACERES JEREZ
Coordinadora Centro Zonal Antonia Santos
Regional Santander

Revisó: Maria Leida Laiton Moreno – Financiera - CZ Antonia Santos
Proyecto: Bryan Camilo Gracia Peña - Profesional Universitario- CZ Antonia Santos

CORPORACION PARA LA EQUIDAD LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIR HYPATIA
NIT 900.490.026-7
CL 10 28 44 BRR LA UNIVERSIDAD
Tel: (607) 6834086
Bucaramanga - Colombia
dimasale87@hotmail.com
https://corporacionhypatia.blogspot.com/p/esal.ht

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA
No. FELE 98

Señores	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		
NIT	899.999.239-2	**Teléfono**	(000) 0000000 - Ext. 000
Dirección	Avenida Cra. 68 No.64C-75	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/04/2025, 15:43
Expedición	15/04/2025, 15:43
Vencimiento	15/04/2025

Ítem	Cantidad	Descripción	Vr. Unitario	Vr. Bruto
1	1.00	TERCER DESEMBOLSO contrato n° 68002662025 PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE	230,891,108.00	230,891,108.00

Total items: 1

Total Bruto	230,891,108.00
Total a Pagar	230,891,108.00

Valor en Letras:
Doscientos treinta millones ochocientos noventa y un mil ciento ocho pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-04-15 por $ 230,891,108.00

Observaciones:
ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO
REGIMEN ESPECIAL
¿Qué pasaría si fueran más las personas que se unen para contribuir a la calidad de vida de otros, que las personas que se unen para hacer de estas vidas algo imposible?

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072486507 aprobado en 20240606 prefijo FELE desde el número 78 al 200 Vigencia: 12 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8790 Otras actividades de atención en instituciones con alojamiento Tarifa
CUFE: 7ae2d0c2a65d79d28d4a40283fd34167d5a7ff525c11f3a2abd77b6472b8854a78f918ba2be51b9b88f09e6c0b3c0834

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Bucaramanga, 15 de abril de 2025

Señores
CENTRO ZONAL ANTONIA SANTOS
INSTITUTO COLOMBIANA DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL SANTANDER
Ciudad

Yo BEATRIZ GUTIERREZ QUINTERO identificada con cedula N. 63.286.271 de Bucaramanga.

Representante Legal de la CORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIR HYPATIA manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos los Proveedores de Bienes y Servicio de acuerdo con las políticas internar de pago de la entidad para el mes de febrero del 2025.

Atentamente,



BEATRIZ GUTIERREZ QUINTERO
Representante Legal
C.C. 63.286.271 de Bucaramanga (Santander)

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

Bucaramanga, 15 de abril de 2025

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL SANTANDER

Yo, **BEATRIZ GUTIERREZ QUINTERO,** identificada con cédula de ciudadanía No 63.286271 de BUCARAMANGA, en mi calidad de Representante legal de la CORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA Y EL BUEN VIVIR-HYPATIA, identificada con NIT 900490026-7,manifiesto bajo la gravedad de juramento, que esta Entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las empresas promotoras de Salud-EPS, los Fondos de pensiones, Las Administradoras de Riesgos laborales- ARL, Las Cajas de Compensación Familiar, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, y EL Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA-, dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y articulo 23 Ley 1150 DE 2007.

Atentamente,



BEATRIZ GUTIERREZ QUINTERO
R-L HYPATIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900490026	7	COORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA EL BUEN VIVIR YPHATIA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CL 10 28 44	GIRON-SANTANDER	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1393681492	9484227773	E	2025/04/07	2025/04/07	BANCOLOMBIA	0	$650,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: RIESGO 1 (4 Afiliados)						$1,708,200	$273,500			$1,708,200	$213,600			$1,708,200	$68,400			$1,708,200	$9,000		$1,708,200	$85,700
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (4 Afiliados)						$1,708,200	$273,500			$1,708,200	$213,600			$1,708,200	$68,400			$1,708,200	$9,000		$1,708,200	$85,700
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (4 Afiliados)						$1,708,200	$273,500			$1,708,200	$213,600			$1,708,200	$68,400			$1,708,200	$9,000		$1,708,200	$85,700
1	CC	1098221468	CHANAGA JENNY	230301	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$35,600	CCF39	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$1,500	6	$284,700	$14,300
2	CC	1095833788	MENDOZA LEIDY	230301	18	$854,100	$136,700	EPS005	18	$854,100	$106,800	CCF39	18	$854,100	$34,200	14-23	18	$854,100	$4,500	18	$854,100	$42,800
3	CC	1099940198	MORENO SANDRA	230301	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$35,600	CCF39	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$1,500	6	$284,700	$14,300
4	CC	1005106450	TOLOZA KAREN	230301	6	$284,700	$45,600	EPS005	6	$284,700	$35,600	CCF39	6	$284,700	$11,400	14-23	6	$284,700	$1,500	6	$284,700	$14,300
Total			**Afiliados(4)**			$1,708,200	$273,500			$1,708,200	$213,600			$1,708,200	$68,400			$1,708,200	$9,000		$1,708,200	$85,700

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900490026	7	COORPORACION PARA LA EQUIDAD, LA DEMOCRACIA EL BUEN VIVIR YPHATIA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	UNICA	CL 10 28 44	GIRON-SANTANDER	6000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1393681492	9484227773	E	2025/04/07	2025/04/07	BANCOLOMBIA	0	$650,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$273,500	$0	$0	$273,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$273,500	$0	$0	$273,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$9,000	$0	$0	$9,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	4	$9,000	$0	$0	$9,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$68,400	$0	$0	$68,400
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	4	$68,400	$0	$0	$68,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$213,600	$0	$0	$213,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$213,600	$0	$0	$213,600
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$51,500	$0	$0	$51,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	4	$51,500	$0	$0	$51,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$34,200	$0	$0	$34,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	4	$34,200	$0	$0	$34,200
TOTAL				4	$650,200	$0	$0	$650,200