Yo, **SHIRLEY THOMAS ALVARADO**

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 DE AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**Nit**	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900.267.263**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	**CONTRATO**	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**68002022025**	FECHA SUSCRIPCIÓN	**11** (día) **fenrero** (mes) **2025** (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **12** (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	**25** (día) **abril** (mes) **2025** (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 2 DE 8	
VALOR A PAGAR	**$ 104.421.637**	EN LETRAS	**CIENTO CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE**
PERÍODO DE PAGO	DESDE **1** (día) **Marzo** (mes) **2025** (año)	HASTA	**31** (día) **Marzo** (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	37525	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	02-02-02-009-002-01	$ 104.421.637

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 POPULAR**	NÚMERO DE CUENTA	**500806704264**	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	$ 104.421.637
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 104.421.637
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 104.421.637

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
SHIRLEY THOMAS ALVARADO	CORDINADORA	SANTANDER	CZ YARIGUIES	
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
DAIDYS GONZALEZ ITURRIAGO	CONTADORA-CONTRATISTA	SANTANDER	CZ YARIGUIES	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
SHIRLEY THOMAS ALVARADO	CORDINADORA		25/04/2025

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL CONTRATO 68002022025

CERTIFICA

Que se verificó los documentos que a continuación relaciono presentados por el Operador **ASOCIACION DE AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO, con NIT 900.267.263**, establecidos en la resolución 2926 de 2013 artículo 5 y clausula Tercera valor del desembolso y forma de pago de los aportes ICBF para el **SEGUNDO DESEMBOLSO** y que dichos documentos se encuentran en el Centro Zonal:

a) Presupuesto inicial de ingresos y gastos avalado por el Comité Técnico Operativo y aprobado por el Supervisor y/o interventor. b) Programación de aporte de la contrapartida, cuando aplique, avalados por el comité técnico operativo y aprobado por el supervisor y/o interventor. c) Cronograma de actividades correspondiente a la ejecución de las obligaciones contractuales relacionadas con la prestación del servicio. 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). e) El ciclo de menú de conformidad con lo establecido en la minuta patrón aprobado por el nutricionista del ICBF. f) Informe de la ejecución financiera del primer desembolso en concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, Guias 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. g) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. h) 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. i) 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 familias que hayan asistido a las jornadas de formación de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva toma nutricional y el seguimiento realizado de acuerdo con el estado nutricional, según los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas de la modalidad. j) Registro, actualización y reporte del 100% de los datos con calidad del talento humano con su respectivo perfil profesional y cargo con el cual se desempeña en las UDS y contratado para la ejecución, en el Sistema de Información que el ICBF disponga. k) 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 a la guía orientadora para la compra de la dotación en Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). m) Registro Mensual de Asistencia -RAM en el instrumento que defina el ICBF según la atención. n) Copia del contrato de comodato firmado cuando aplique. o) Documento equivalente que dé cuenta al perfeccionamiento del negocio jurídico cualquiera que sea su tipología, o acto jurídico, respecto a la disposición del bien inmueble donde se prestará el servicio de atención a la Primera Infancia (por ejemplo: contrato de arrendamiento, contrato de comodato, certificado de libertad y tradición, o el documento idóneo donde se acredite dicha condición según corresponda) p) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamiento a familias y cualificación del talento humano.

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

Se expide en Barrancabermeja a los **25** días del mes de **Abril** de 2025

SHIRLEY THOMAS ALVARADO
Coordinadora CZ Yariguies

PÚBLICA

ASOCIACION DE AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDI
NIT 900.267.263-1
Cl 58 36E 26 B. Alcazar
Tel: (037) 3134446767
Barrancabermeja - Colombia
wilsonariaspro@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 137

Señores	ICBF		
NIT	899.999.239-2	**Teléfono**	(607) 6972100
Dirección	Calle 1N # 16 D - 86 Barrio La Juventud	**Ciudad**	Barrancabermeja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/04/2025, 10:31
Expedición	25/04/2025, 11:02
Vencimiento	25/04/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATO DE APORTES 68002022025	1.00	104,421,637.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Ciento cuatro millones cuatrocientos veintiun mil seiscientos treinta y siete pesos m/cte

Total Bruto	104,421,637.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	104,421,637.00

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Efectivo - Otros $ 104,421,637.00

Observaciones:
SEGUNDO DESEMBOLSO; PAGO DE ATENCION MES DE MARZO PARA EL CONTRATO DE APORTES 6800202-2025, MODALIDAD COMUNITARIA Y FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR.

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 18764089311761 aprobado en 20250222 prefijo FE desde el número 124 al 300 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 6*1000
CUFE: ca84eaed377ca0cf4919654f83fa60524dfdd3d5d2d2da7a67194e16f93bc20ce99b43fd48771569af6f7dd77f5d36c7

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

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

CERTIFICA

El suscrito Representante Legal Wilson arias Ardila, de la sociedad **AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO (AFRODMAN),** identificada con **NIT** No. **900.267.263-1** se permite certificar que la mencionada sociedad se encuentra al día con sus proveedores para el contrato de aporte Nº 68002022025 correspondiente al mes de marzo 2025.

Se expedida en la ciudad de Barrancabermeja, 12 del mes de Abril del 2025

Atentamente,

Wilson arias Ardila
Cc 91.332.152 de puerto wilches
Representante legal

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

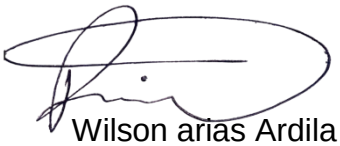
ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002.

CERTIFICA

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal Wilson arias Ardila, de la sociedad **AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO (AFRODMAN),** identificada con NIT No. **900.267.263-1** se permite certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social y aportes parafiscales.

Se expedida en la ciudad de Barrancabermeja, 12 del mes de Abril del 2025

Atentamente,



Wilson arias Ardila
Cc 91.332.152 de puerto Wilches
Representante legal

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002.

CERTIFICA

El suscrito Representante Legal Wilson arias Ardila, de la sociedad **AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO (AFRODMAN),** identificada con **NIT** No. **900.267.263-1** se permite certificar que la mencionada sociedad ha realizado la supervisión de buena fe a las cuentas de cobro verificando los pagos de seguridad social y parafiscales correspondientes exigidos bajo la modalidad de Contratos de prestación de servicio (CPS) velando su cumplimiento y que corresponda al 40% del ingreso y correspondiente .

Se expedida en la ciudad de Barrancabermeja, 12 del mes de Abril del 2025

Atentamente,

Wilson arias Ardila
Cc 91.332.152 de puerto Wilches
Representante legal

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900267263	1	ASOCIACION DE AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BARRANCABERMEJA	CL 58 36 E 26 BRR ALCAZAR	BARRANCABERMEJA-SANTANDER	3168676595	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	9484593356	9484593356	E	2025/04/14	2025/04/11	BANCO DE BOGOTA	0	$17,274,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BARRANCABERMEJA (32 Afiliados)																					$45,403,896	$7,265,700			$45,403,896	$5,677,200			$45,403,896	$1,817,900			$45,403,896		$239,300		$45,403,896	$2,274,100		$17,274,200

aportes en línea

Planilla Resumen

| | | |

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900267263	1	ASOCIACION DE AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BARRANCABERMEJA	CL 58 36 E 26 BRR ALCAZAR	BARRANCABERMEJA-SANTANDER	3168676595	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	9484593356	9484593356	E	2025/04/14	2025/04/11	BANCO DE BOGOTA	0	$17,274,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				32	$7,265,700	$0	$0	$7,265,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	18	$4,181,100	$0	$0	$4,181,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$2,575,200	$0	$0	$2,575,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$509,400	$0	$0	$509,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$239,300	$0	$0	$239,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	32	$239,300	$0	$0	$239,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$1,817,900	$0	$0	$1,817,900
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	32	$1,817,900	$0	$0	$1,817,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				32	$5,677,200	$0	$0	$5,677,200
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$199,000	$0	$0	$199,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$211,200	$0	$0	$211,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	22	$3,979,000	$0	$0	$3,979,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$1,110,000	$0	$0	$1,110,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$1,364,800	$0	$0	$1,364,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	32	$1,364,800	$0	$0	$1,364,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				32	$909,300	$0	$0	$909,300
SENA	PASENA	899,999,034	1	32	$909,300	$0	$0	$909,300
TOTAL				**32**	**$17,274,200**	**$0**	**$0**	**$17,274,200**