Yo, **Isabel Cristina Patiño Mejia**

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	**CORPORACIÓN CREER MÁS**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**901.298.444-4**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05005232024	FECHA SUSCRIPCIÓN	25 (día)	febrero (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día)	febrero (mes)	2024 (año)	HASTA 31 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO **RESPONSABLE DEL IMPUESTO**
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	1 (día)	octubre (mes)	2024 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 5	DE 6
VALOR A PAGAR	$ 376.049.875	EN LETRAS	TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/L.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (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
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	99724	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	$ 376.049.875

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	24133020830	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

1. SOPORTES REGLAMENTARIOS PARA EL PAGO: Planilla de Liquidación, Documento de Cobro, Certificación cumplimiento ley 789/2002 y ley 828/2003.
2. SOPORTES PARA PAGO FIJADOS EN EL CONTRATO: El operador ha cumplido con la entrega de estos soportes y reposan en la carpeta del contrato.
3. Se realiza descuento por inejecuciones del mes de agosto.

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	$ 376.049.875	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 376.049.875	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 376.049.875	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
ISABEL CRISTINA PATIÑO MEJIA	Coordinadora	Antioquia	Oriente	
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**
ISABEL CRISTINA ALZATE SALAZAR	Financiera	Antioquia	Oriente	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

LIQUIDACIÓN PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA
MODALIDAD DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR
VIGENCIA FISCAL 2024

CONTRATISTA	CORPORACIÓN CREER MÁS				
PERIODO	QUINTO DESEMBOLSO 2024			**CONTRATO No:**	05005232024
MODALIDAD:	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR				
CUPOS CONTRATADOS:	550	**VIGENCIA CONTRATO**	Del 29 de febrero de 2024 a 31 de diciembre de 2024	**VALOR CONTRATO:**	$ 1.830.350.186
COMPROMISO PRESUPUESTAL	99724				

PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES OPERATIVOS Y EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

Componentes	Concepto de Costo	CUPOS ATENDIDOS	MESES LABORADOS	VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO ALISTAMIENTO	VALOR ATENCION NIÑO	VALOR ATENCION NIÑO ALISTAMIENTO	PRESUPUESTO FINAL
CANASTA				**342.965**	**-**	**377.261.500**	**-**	**377.261.500**
Talento Humano	Coordinador/a	550	2	$11.904		13.094.400	-	13.094.400
	Docentes	550	2	$50.396		55.435.600	-	55.435.600
	Profesional de apoyo Psicosocial	550	2	$16.799		18.478.900	-	18.478.900
	Profesional de apoyo en salud y nutrición	550	2	$16.799		18.478.900	-	18.478.900
	Auxiliar pedagógico	550	2	$44.233		48.656.300	-	48.656.300
	Auxiliar Administrativo	550	2	$7.372		8.109.200	-	8.109.200
Dotación no fungible	Dotaciòn No fungible			$0		-	-	-
Infraestructura	Arriendo			$0		-	-	-
Gastos operativos	Gastos Operativos	550	2	$7.223		7.945.300	-	7.945.300
Seguro	Póliza seguro niños	550	2	$1.002	-	1.102.200	-	1.102.200
Transporte	Subsidio de transporte para Talento humano (desplazamiento a los encuentros educativos y a los hogares a visitar).	550	2	$9.235	-	10.158.500	-	10.158.500
Dotación	Material didáctico de consumo	550	2	$2.536	-	2.789.600	-	2.789.600
	Dotación de Aseo personal e institucional	550	2	$1.691	-	1.860.100	-	1.860.100
	Elementos de aseo (bioseguridad)	550	2	$794	-	873.400	-	873.400
TOTAL COSTOS FIJOS				**169.984**	**-**	**186.982.400**	**-**	**186.982.400**
	Complemento nutricional RPP	550	2	149.017		163.918.700		163.918.700
	Refrigerio	550	2	23.964		26.360.400		26.360.400
TOTAL COSTOS VARIABLES				**172.981**	**-**	**190.279.100**	**-**	**190.279.100**
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:								**377.261.500**
MENOS INEJECUCIONES AGOSTO:								**1.211.625**
AJUSTE AL PESO								**-**
TOTAL DESEMBOLSO:								**376.049.875**

SON: TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/L.

El contratista ha cumplido a cabalidad con los pagos de aportes parafiscales y seguridad social.

FIRMA (Supervisor) FIRMA (Técnico) FIRMA (Asesor Financiero)

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del Contrato No. 05005692024 por parte del equipo de supervisión, de acuerdo con las cláusulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago del servicio prestado.

Corporación Creer Mas
NIT 901.298.444-4

Bello, 02 de octubre de 2024

DOCUMENTO DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT. 899.999.239-2
REGIONAL ANTIOQUIA
CALLE 45 No 79-141 Medellín – Antioquia

DEBE A:

CORPORACION CREER MAS
NIT. 901.298.444-4

LA SUMA DE: TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/L. ($376.049.875)

CONTRATO: 05005232024

OBJETO CONTRACTUAL:" PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES OPERATIVOS Y EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE".

PERIODO: Quinto Desembolso

FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA: CUENTA DE AHORROS No 24133020830 BANCO CAJA SOCIAL

Atentamente,

ALBERTO GUBBAY PEREZ
Representante Legal
CC. 71.621.498 de Medellín

FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____

Corporación Creer Mas
NIT 901.298.444-4

Bello, 30 de septiembre de 2024

CERTIFICACION DE PAGOS DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, **ALBERTO GUBBAY PÉREZ** en mi calidad de Representante legal, certifico que la **CORPORACION CREER MAS** con NIT. **901.298.444-4**, la cual representó, se encuentra a paz y salvo con las obligaciones del pago de los aportes de nuestros empleados, 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, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hasta la fecha.

Igualmente certifico que dicha empresa ha cumplido, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición del presente certificado, con el pago de tales aportes. (1)

Atentamente,

ALBERTO GUBBAY PEREZ (2)
Representante Legal
CC. 71.621.498 de Medellín

(1) Nota: en caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

(2) Nota: Si la persona jurídica tiene revisor fiscal debe ser expedido por éste. Si no tiene revisor fiscal entonces lo expide el representante legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

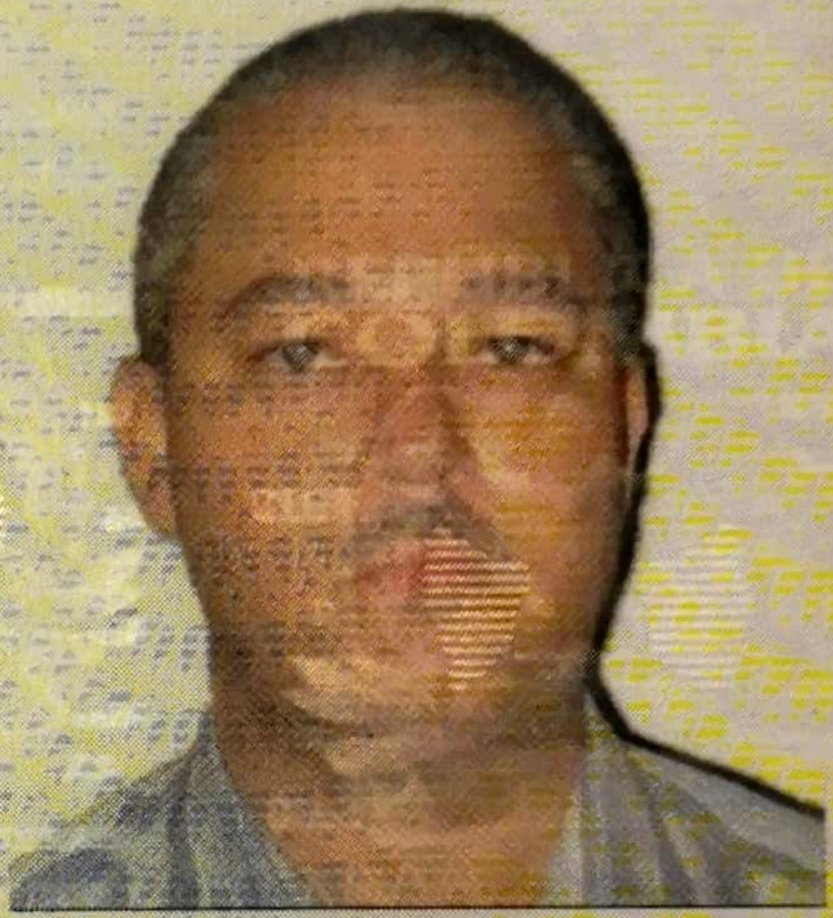
NUMERO 71.621.498

GUBBAY PEREZ

APELLIDOS

ALBERTO

NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1961**

ACANDI
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-NOV-1980 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100100-00022022-M-0071621498-20080711 **0000**942135A 1 2080017543

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

Isabel Cristina Alzate Salaz

De: Isabel Cristina Patino Mejia
Enviado el: miércoles, 11 de septiembre de 2024 8:17 a. m.
Para: Ana Milena Cuartas Tobon
CC: Nelly Patino Arboleda; Lina Vanessa Giraldo Osorno
Asunto: AUTORIZACIÓN PAGO OPERADORES CZ ORIENTE

Cordial Saludo,

En mi calidad de SUPERVISORA de los contratos de aporte No. 05007872024, 05004942024, 05004952024, 05005012024, 05005212024, 05005022024, 05005132024, 05005322024, 05005692024, 05005042024, 05005232024, 05005302024, 05005932024 y 05007722024; certifico para efectos del presente pago las CORPORACIÓN IMAGINA TU MUNDO, FUNDACIÓN LAS GOLONDRINAS, CORPORACION DE PROFESIONALES ASESORES, ASOCIACIÓN BRISAS DE ORIENTE, CORPORACIÓN ESCUELA EMPRESARIAL DE EDUCACIÓN, CORPORACION COMUNIQUEMONOS, CORPORACION CREER MAS, CORPORACIÓN PAN, APADESO CONSTRUYENDO FUTURO y ASOCIACIÓN FRANCISCO AGUDELO; cumplieron 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 o 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, además cumple a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la **resolución 05360 de 2023**; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

"…los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba para el trámite de pago, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999"; y estos documentos de los contratos de aporte No. 05007872024, 05004942024, 05004952024, 05005012024, 05005212024, 05005022024, 05005132024, 05005322024, 05005692024, 05005042024, 05005232024, 05005302024, 05005932024 y 05007722024; han sido radicados mediante ORFEO.

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

Isabel Cristina Patiño Mejia
Coordinadora Zona
Centro Zonal Oriente
ICBF Sede Regional Antioquia
Calle 61 B # 44-21 segundo piso Casa
De Justicia Jorge Humberto Gonzalez Noreña
Teléfono: 604 4093440 Ext. 411011
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