Yo, **SULLY JOHANA LOPEZ JIMENEZ**

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 | **FUNDACIÓN EDUCATIVA SOY PAZ** | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | **901376433** | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 05019522024 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 31 (día) | diciembre (mes) | 2024 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 3 (día) enero (mes) 2025 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO** | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 6 (día) junio (mes) 2025 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 7 | DE 19 |
| VALOR A PAGAR | $ 72.595.980 | EN LETRAS | SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) junio (mes) 2025 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2025 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA LA PRIMERA INFANCIA | 19125 | 10 | C-4602-1500-9-704020-4602020-02 | 162 | A-02-02-02-009-002-01 | $ 72.595.980 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 | 58400002346 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

Lo correspondiente al desembolso Nro. 1 perteneciente a la vigencia 2024, no se autoriza desembolsar, toda vez que, el inicio en la ejecución de este contrato se dio a partir del 3 de enero de 2025, y en ese sentido, dicho desembolso deberá liberarse.

**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 | $ | 72.595.980 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 72.595.980 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 72.595.980 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| SULLY JOHANA LOPEZ JIMENEZ | SUPERVISORA CONTRATOS | REGIONAL ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL URABA | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| LIZETH DAYANNA QUINTERO QUINTERO | ENLACE DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN- ROL FINANCIERO | REGIONAL ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL URABA | |

**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 FAMILIAR Y COMUNITARIA**
**VIGENCIA FISCAL 2025**

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | FUNDACIÓN EDUCATIVA SOY PAZ |
| **CONTRATO No.** | 05019522024 |
| **SERVICIO** | HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR |

| DETALLE | No. UDS | MESES | COSTO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | | | **$ 3.568.705** | **$ 136.832.670** |
| Reposición de dotación | 36 | 1 | | $ - |
| Material didactivo de consumo | 36 | 1 | $ 18.083 | $ 650.988 |
| Aseo, combustible y servicios publicos | 36 | 1 | $ 48.750 | $ 1.755.000 |
| Poliza participante | 36 | 1 | $ 13.806 | $ 497.016 |
| Gasto administrativo | 36 | 1 | $ 24.804 | $ 892.944 |
| Aporte al talento Humano | 36 | 1 | $ 2.161.793 | $ 77.824.548 |
| Racion Preparada (RP) | 36 | 1 | $ 1.301.469 | $ 46.852.884 |
| Racion Para Preparar (RPP) - vacaciones | 36 | 1 | $ - | $ - |
| Aporte al talento Humano Integralidad | | | | $ 8.359.290 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | | | | **$ 136.832.670** |
| | | | | $ - |
| **TOTAL BRUTO** | | | | **$ 136.832.670** |
| Menos descuentos por UDS CERRADAS | | | | $ 64.236.690 |
| Menos reinversión de inejecuciones | | | | $ - |
| Menos redistribución de ahorros | | | | $ - |
| **DESCUENTOS** | | | | **-$ 64.236.690** |
| **TOTAL NETO** | | | | **$ 72.595.980** |

**SON:** **SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

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

| FIRMA (Supervisor/a) | FIRMA (Rol Financiero) | FIRMA (Rol técnico) |
|---|---|---|
| | | Laura Borja S |

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato al que se hace referencia en el encabezado 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.

NIT: 901.376.433-8
"FUEDUPAZ"

**DOCUMENTO DE COBRO**

05 de junio de 2025

**EL INSTITUTO COLOMBIANO BIENESTAR FAMILIAR "ICBF"**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CALLE 45 N°. 79-141 Medellín - Antioquia**
**NIT: 899.999.239-2**

**DEBE A:**

**FUNDACIÓN EDUCATIVA SOY PAZ**
**NIT: 901.376.433-8**

**OBJETO DEL CONTRATO**: 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.

**LA SUMA DE** **$72.595.980**

POR CONCEPTO DE:

**SEPTIMO DESEMBOLSO** correspondiente a servicios de Atención – MODALIDAD INSTITUCIONAL -HCB en el municipio de San pedro de Urabá, según Contrato de Aporte 05019522024 del CZ Urabá.

SON: SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

Nota: Lo correspondiente al desembolso Nro. 1 perteneciente a la vigencia 2024 del presente contrato, no se cobrará, toda vez que, durante dicha vigencia no se inició la ejecución del mismo.

Cordialmente,

**HAIVER CUESTA MOYA**
**Representante Legal**
**Fundación Educativa Soy Paz**

**Supervisor o Asesor Financiero**
**Instituto Bienestar Familiar ICBF**

Señores
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Centro Zonal Urabá

**CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DESEGURIDAD SOCIAL Y DE PARAFISCALES**

El suscrito **HAIVER CUESTA MOYA** con cédula de ciudadanía N°12.020.672 de Quibdó y en calidad de **REPRESENTANTE LEGAL** de la **FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ** con **NIT. 901.376.433-8**, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra documentación, nos encontramos a **PAZ y SALVO**, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, (Art. 50 de la ley 782 de 2002) y cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). De conformidad con lo establecidos a la Ley 1819 de 2016.

Dado en Apartadó a los (05) días de junio de 2025

**HAIVER CUESTA MOYA**
**Representante Legal Fundación Educativa Soy Paz**



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1983

QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

B+ G.S. RH

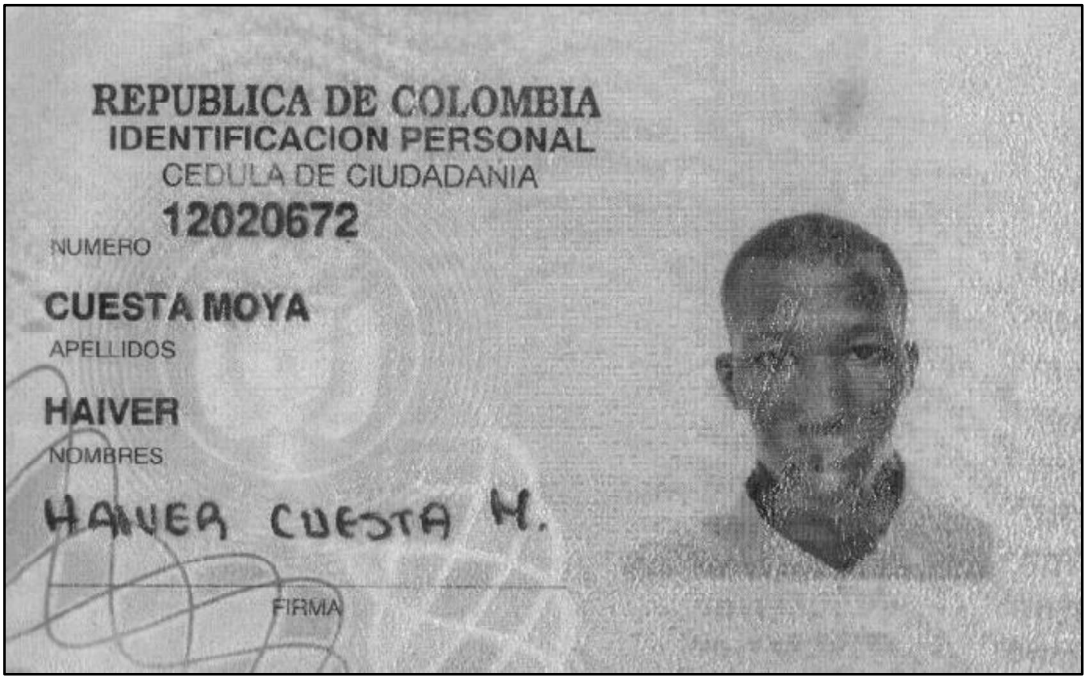
M SEXO

21-FEB-2002 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1700100-49103321-M-0012020672-20020530 06444 02142A 01 129996532



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

12020672
NUMERO

CUESTA MOYA
APELLIDOS

HAIVER
NOMBRES

HAIVER CUESTA M.

FIRMA

Outlook

## Autorización de desembolso centro zonal Urabá.

**Desde** Sully Johana Lopez Jimenez <sully.lopez@icbf.gov.co>
**Fecha** Lun 9/06/2025 9:30
**Para** Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>; Nelly Patino Arboleda <Nelly.Patino@icbf.gov.co>; Angela Bibiana Osorio Patiño <Angela.Osorio@icbf.gov.co>
**CC** Lizeth Dayanna Quintero Quintero <Lizeth.Quintero@icbf.gov.co>

Dra. Ana Milena

En mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR, certifico para efectos del presente pago, que las EAS abajo relacionadas , cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, han 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 de2016, además cumple a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados a:

| Contrato | Nit | EAS | N° Desembolso |
|---|---|---|---|
| 5003412025 | 800044589 | ASOCIACION DE PADRES Y VECINOS DEL HOGAR INFANTIL ORO VERDE | Quinto |
| 5005502025 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Quinto |
| 5006462025 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Quinto |
| 5019352024 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Septimo |
| 5019382024 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Septimo |
| 5019512024 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Septimo |
| 5019522024 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Septimo |
| 5007122025 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Cuarto |
| 5007312025 | 901376433 | FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ | Cuarto |

**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