Yo, **ANA MILENA MONTAÑO MONTAÑO**

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 HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**800143122-6**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	50002202025	FECHA SUSCRIPCIÓN	20 (día)	febrero (mes) 2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 20 (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	12 (día) agosto (mes) 2025 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	7	DE	8
VALOR A PAGAR	$ 123.691.516,00	EN LETRAS	CIENTO VEINTITRÉS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HAST	31 (día) agosto (mes) 2025 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	42925	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	$ 123.691.516,00

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:	BANCO DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	096900085240	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	$ 123.691.516,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 123.691.516,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 123.691.516,00	

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

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
ANA MILENA MONTAÑO MONTAÑO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ SUPERVISOR DE CONTRATO	META	CZ VILLAVICENCIO UNO	
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**
GINA LISETTE VALBUENA FERRO	CONTRATISTA	META	CZ VILLAVICENCIO UNO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
PILAR RODRIGUEZ GARCIA	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA		14/08/2025

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

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
(Ley 1231/08, Art.617 ET y Art.3 dec.522 de 2003)

Ciudad y Fecha: Villavicencio, 08 de agosto de 2025 **N. 21**

Datos del Vendedor o de quien presta el servicio

Razon Social /Nombre y Apellido	**NIT O C.C.**	**Codigo Actividad:**
ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 3	800.143.122-6	8890

Dirección y Ciudad: **Telefono**
Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid 3105900720

Datos del Comprador o contratante

Razon Social /Nombre y Apellido **NIT:**
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR 899.999.239 - 2

Dirección y Ciudad: **Teléfono:**
Cra 22 N 10-73/89 Sur 6628973
Barrio Doña Luz

Cant.	Descripcion	Vlr unitario	Vlr Total
7	Séptimo desembolso del contrato de aporte No.50002202025 que corresponde a 1 mes de atención por el total de cupos contratados.		123.691.516
TOTAL			**123.691.516**

Son: CIENTO VEINTITRÉS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

Observaciones:

Maria Cristina Perez Cruz
ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 3
C.C. # 800.143.122-6
Anexo soportes

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

Villavicencio, 08 de agosto de 2025

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL META

Yo, **MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 23.800.423 de Muzo – Boyacá, en mi calidad de Representante Legal de la **ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3**, Identificada con NIT No. 800.143.122-6 manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad ha cumplido durante el contrato 50002202025 con los pagos de al Sistema De Seguridad Social En Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales Y Parafiscales, correspondientes a sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,

Maria Cristina Perez Cruz
MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. No. 23.800.423
Representante legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.800.423

PEREZ CRUZ

APELLIDOS

MARIA CRISTINA

NOMBRES

Maria Cristina Perez Cruz





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1973

MUZO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-FEB-1993 MUZO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00297308-F-0023800423-20110430 0026833927A 1 36306561

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 34308693
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2025-08-06

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ASOCIACION COMUNITARIA PORFIA 3	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	800143122	D.V.	6	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CL 62 43 65	DEPARTAMENTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8899	CORREO ELECTRÓNICO	ASOPADRESPORFIATRES@GMAIL.COM	TELÉFONO	6837232
FAX	0	SUCURSAL	03	NOMBRE SUCURSAL	MAPIRIPAN
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	SEGUROS COLPATRIA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1121822269	PRIMER APELLIDO	RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO	BETANCOURTH
PRIMER NOMBRE	ELSA	SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 07	Año: 2025	Mes: 08	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$1.423.500		34308693

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1120472116	01	No	No	No	50	325	2853001	Fijo	RODRIGUEZ RODRIGUEZ YIMI ALBEIRO	$1.423.500

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1120472116																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1120472116	PORVENIR	30	$1.423.500	0.1600000	$227.800	$0	$0	$227.800	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1120472116	EPS-S CAPITAL	30	$1.423.500	0.1250000	$178.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	2	0.0104400	$14.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1120472116	COFREM	30	$1.423.500	0.0400000	$57.000	0.0200000	$28.500	0.0300000	$42.800	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 07											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$227.800	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$227.800

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
EPS-S CAPITAL	1	$178.000	$0	0	$0	0	$0	$178.000	0	$0	$0	$178.000	$0	0	$0	$0	$178.000	$0	$0	$178.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
SEGUROS COLPATRIA	1	$14.900	0	$0	$0	$14.900	0	$0	$14.900	0	$0	$0	$14.900

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COFREM	1	$57.000	0	$0	$57.000
SENA	1	$28.500	0	$0	$28.500
ICBF	1	$42.800	0	$0	$42.800
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$178.000
PENSIONES	1	$227.800
RIESGOS PROFESIONALES	1	$14.900
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$57.000
SENA	1	$28.500
ICBF	1	$42.800
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$549.000

Outlook

SEPTIMO DESEMBOLSO 50002202025

Desde Ana Milena Montano Montano <Ana.Montano@icbf.gov.co>
Fecha Mar 12/08/2025 22:27
Para Remberto Zamora Yate <Remberto.Zamora@icbf.gov.co>
CC Raul Edgardo Monje Duque <Raul.Monje@icbf.gov.co>; Sandra Yanneth Borrero Almario <Sandra.Borrero@icbf.gov.co>; Wilson Alberto Solano Lozano <Wilson.Solano@icbf.gov.co>

Cordial saludo

Como supervisora del contrato de aporte **50002202025**, se aprueba el pago del **SEPTIMO** desembolso por un monto de **$123.691.516,00** a la **ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3.**

Por lo anterior, serán remitidos los documentos soportes.

Atentamente,

Ana Milena Montaño Montaño
Profesional Universitario
Centro Zonal Villavicencio 1
ICBF Sede Regional Meta
Carrera 37 # 32 41 Multifamiliares barzal
Teléfono: 608 - 6833644 Ext. 851011
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: CLASIFICADA