Yo, **MARGARITA MARIA LLANO OSPINA**

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	COMITE PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ PAN						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890980942				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05010682025	FECHA SUSCRIPCIÓN	27 (día)	junio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			12 (día) septiembre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 3	DE 4
VALOR A PAGAR	$ 1.153.307.596,00	EN LETRAS	MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	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 PROTECCIÓN PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS - VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD	398425	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 1.153.307.596,00

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	02900006196	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

El ICBF desembolsará los recursos a aportar en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un Giro de Alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de julio por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de julio, más el valor equivalente al promedio de ejecución mensual de la Dependencia de Gasto 112 presentando los siguientes documentos: 1. Certificación Bancaria; 2. Aprobación de Garantía; 3. Acta de Inicio; 4. Los exigidos en la Resolución 5360 de 2023 que apliquen, teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Tres (3) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA, previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: 1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes. La información contenida en todos los soportes presentados será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. 7. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el desembolso realizado de la Dependencia de Gasto 112, aportando los soportes de los recursos ejecutados. 8. Cuenta de cobro o factura (según aplique). 9. Suscripción y legalización del contrato de comodato con la respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato y relación de inventarios, cuando aplique. (iii) Para el aporte correspondiente al mes de octubre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: En virtud de la necesidad de ejecución presupuestal de recursos correspondientes a las dependencias de gastos que se manejen en la ejecución del contrato, estos se podrán realizar con uno o más desembolsos adicionales. PARÁGRAFO SEGUNDO: De conformidad con lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la Resolución 3944 de 2022 "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestra). PARÁGRAFO TERCERO: Para el último pago en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios y paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc. PARÁGRAFO CUARTO: Para el último pago en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, donde conste la entrega de los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF durante la ejecución del contrato, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes. PARÁGRAFO QUINTO: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Por los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. PARÁGRAFO SEXTO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del Plan Anual de Caja – PAC, previa certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor del contrato. PARÁGRAFO SÉPTIMO: En los casos en que por orden de la autoridad administrativa se otorguen permisos o autorizaciones que impliquen que la niña, niño o adolescente se ausenta de la modalidad hasta por 15 días y siempre que no esté siendo atendido por otro CONTRATISTA de la misma u otra modalidad en otra regional, se reconocerá el valor del costo fijo correspondiente. PARÁGRAFO OCTAVO: En los casos en que por orden médica el niño, niña o adolescente se deba ausentar de la modalidad, se reconocerá el valor del cupo mes por el primer mes de

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	$ 1.153.307.596,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 1.153.307.596,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 1.153.307.596,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARGARITA MARIA LLANO OSPINA	SUPERVISORA	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL NORORIENTAL	
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
EMILSEN ALZATE GALLEGO	ASESOR FINANCIERO	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL NORORIENTAL	

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