Yo, **NIDYA CRISTINA CAMACHO ROJAS**

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	RESGUARDO INDIGENA DE LA PARCIALIDAD DE HUELLAS						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	817003860				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	190010272024	FECHA SUSCRIPCIÓN	28 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 28 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) junio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	10 (día) octubre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	11 DE 19
VALOR A PAGAR	$ 81.272.766,00	EN LETRAS	OCHENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (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 COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA	7125	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	162		$ 81.272.766

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 S.A.	NÚMERO DE CUENTA	83800004229	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

SE REALIZA DESEMBOLSO PARA LA ATENCION DEL MES DE OCTUBRE, TENIENDO EN CUENTA EL AJUSTE DEL VALOR PROGRAMADO POR EL INCREMENTO DEL SALARIO MINIMO DECRETADO POR EL GOBIERNO NACIONAL PARA LA VIGENCIA 2025. SUMADO A ELLO, SE REALIZÓ ADICION EN MARZO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTEGRALIDAD PARA LA MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA SERVICIO HCB - A - FAMILIAR Y COMUNITARIA.

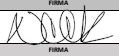
4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	81.272.766,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	81.272.766,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	81.272.766,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
NIDYA CRISTINA CAMACHO ROJAS	SUPERVISORA DEL CONTRATO	CAUCA	CZ NORTE	
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
ALEXANDER BONILLA CUERO	ENLACE FINANCIERO	CAUCA	CZ NORTE	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ALEXANDER BONILLA CUERO	CZ NORTE		10/10/25

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

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL CAUCA
CENTRO ZONAL NORTE
320. PROTECCION Y BIENESTAR SOCIAL DEL RECURSO HUMANO
4. ASISTENCIA A LA PRIMERA INFANCIA NIVEL NACIONAL
HCB FAMILIAR

Nro.	No. CONTRATO	EAS	NIT	COMPROMISO SIIF NACIÓN	MODALIDAD		VALOR DEL GIRO	TIPO CUENTA	NO. CUENTA	BANCO
					TRADICIONAL	AGRUPADOS				
1	190010272024	RESGUARDO INDIGENA DE LA PARCIALIDAD DE HUELLAS	817003860	7125	X		81.272.766	Ahorros	83800004229	BANCOLOMBIA S.A.

Roberto Alexander García Escobar

ROBERTO ALEXANDER GARCÍA ESCOBAR
COORDINADOR CENTRO ZONAL NORTE

ELABORÓ: Alexander Bonilla Cuero
REVISÓ: Alexander Bonilla Cuero



CABILDO INDIGENA DEL RESGUARDO DE HUELLAS

NIT : 817,003,860 - 5
CL 11 5 38 BRR CENTRO
CALOTO-CAUCA - COLOMBIA
31662994776 3168427743
cabildo@cabildohuellascaloto.com.co
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica Tarifa 0,00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
HU 67622

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-10-09	08:30:07
Expedición	2025-10-09	08:43:57
Vencimiento	2025-10-09	

Cliente	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		
NIT	899,999,239 - 2	**Teléfono**	8313100
Dirección	BOGOTA	**Vendedor**	YENI MARCELA PACHU
Ciudad	BOGOTA D.C.-BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	47
Correo	alexander.bonilla@icbf.gov.co		
Order Reference Prefijo		**Numero**	

Código	Descripción	Cant	V. Unit	ValorImpVe	Valor Total
4170956200	DECIMO PRIMERO DESEMBOLSO DEL CONTRATO 1027	0	.00	0,00	81,272,766.00

Total Bruto	81,272,766.00
Total a Pagar	**$ 81.272.766,00**

CONDICION DE PAGO

Contado | Cobrar Convenios O Proyectos | Efectivo | 81.272.766,00

VALOR EN LETRAS

Ochenta Y Un Millones Doscientos Setenta Y Dos Mil Setecientos Sesenta Y Seis Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

DECIMO PRIMERO DESEMBOLSO CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DEL 2025
CONTRATO 190010272024 RESGUARDO INDIGENA DE LA PARCIALIDAD DE HUELLAS CON 247 CUPOS
FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS 83800004229 DE BAMCOLOMBIA

Yeni Marcela Pacha

Firma Elaborado por : YENI MARCELA PA

Firma Recibido

GRACIAS POR PREFERIRNOS

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. **Resolución y/o Autorización de facturación No**18764095038195 **aprobado en** 2025-07-01 **vigente** 12 Meses, **prefijo** HU **desde el número** 62001 **al** 82000

CUFE:3f5dedd956de8bae95ff7b71a9c9fd5cb97b1c02ca40805273e08a66ece989fe2486bdf60934c4ffbd21744abd44255d

ORIGINAL

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit 830.048.145-8

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
RESGUARDO INDIGENA DE LA PARCIALIDAD DE HUELLAS

Resolución 00036 del 30 de Noviembre de 1998 Nit 817003860-5
CRA 5 No 14-31 Barrió la unión teléfono 3166189925 Email: cabildohuellascaloto@gmail.com

789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA JURIDICA

Yo, **FABIAN EDUARDO YUNDA ZAPATA**, identificado con cedula ,1061430209 en mi condición de Representante Legal de **RESGUARDO INDIGENA DE LA PARCIALIDAD DE HUELLAS**, identificado con **Nit** 817.003860-5, con Personería Jurídica 0036 30 noviembre 1998, certifico el pago de los aportes realizados por cabildo indígena Resguardo Huella Caloto calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de documentos certificación que los últimos tres meses vigentes de Pagos o Desembolsos, **minuta de contrato No 190010272024** por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (**ICBF**) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por **CABILDO INDÍGENA DEL RESGUARDO DE HUELLAS CALOTO** durante dichos **3 meses**. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 Artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, **ICBF** y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto en el Decreto 1464 de 2005.

Dada en el Municipio caloto cauca a los nueve (9) días del mes de Octubre de 2025

FABIAN EDUARDO YUNDA
C.C 1061430209 Caloto Cauca
Representante Legal