Yo, **SIRYT LUZ MERCADO DAVILA**

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 CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA "ASCATIDAR"**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**834001583-2**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	81002182025	FECHA SUSCRIPCIÓN	27 (día)	junio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	20 (día) octubre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	3
VALOR A PAGAR	$ 67.500.000,00	EN LETRAS	SESENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) julio (mes) 2025 (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 LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, FAMILIAS Y COMUNIDADES	100525	27	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	141-ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO	02-02-02-009-003-05	$ 67.500.000,00

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 S.A.	NÚMERO DE CUENTA	108900659146	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

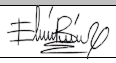
4. ANTICIPOS

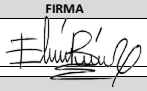
VALOR A PAGAR	$ - **A**	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	67.500.000,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	67.500.000,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	67.500.000,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
SIRYT LUZ MERCADO DAVILA	COORDINADORA GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE GESTION MISIONAL, PLANEACION Y SISTEMAS	ARAUCA	COORDINADORA GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE GESTION MISIONAL, PLANEACION Y SISTEMAS	
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**
ELVIA ROSA BOLIVAR PEREZ	ENLACE APOYO A LA SUPERVISÓN	ARAUCA	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE GESTION MISIONAL	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
ELVIA ROSA BOLIVAR PEREZ	FAMILIAS Y COMUNIDADES		20/10/2025

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

Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas del Departamento de Arauca.
"ASCATIDAR"

NIT 834.001.583-2
Personería jurídica No. 0038 del 11 de junio 03 Min interior y Justicia

CUENTA DE COBRO N° 002 del 2025

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
NIT. 899999239-2

DEBE A:
LA ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ASCATIDAR
NIT. 834.001.583-2.

Por concepto del segundo desembolso del contrato N° 81002182025 según objeto principal de la prestación de servicios para Fortalecer las capacidades de las familias y las comunidades para generar ambientes cuidadores que permitan el desarrollo integral de los NNA, la garantía de los derechos individuales y colectivos, la construcción de tejido social y cultural, la protección integral y el buen vivir, a partir del reconocimiento de sus saberes, tradiciones, intereses, usos y costumbres, aportando en la pervivencia y salvaguarda, en armonía con la política de estado para el desarrollo del contrato Suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y La Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas del Departamento de Arauca ASCATIDAR.

La suma: $ 67.500.000 M/Cte.

Valor En Letra: sesenta y siete millones quinientos mil pesos M/CTE

Los cuales pueden ser consignados a la cuenta de ahorros N° 018900659146 del Banco Davivienda

Se firma en la ciudad de Arauca a los 17 diecisiete días del mes de octubre del 2025.

Danilo Antonio Tamaran C.
DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA
Representante Legal
ASCATIDAR

Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales Indígenas del Departamento de Arauca.
"ASCATIDAR"

NIT 834.001.583-2
Personería jurídica No. 0038 del 11 de junio 03 Min interior y Justicia

EL SUSCRITO DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA IDENTIFICADO CON C.C. 9.467.279 DE CUBARA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ASCATIDAR

CERTIFICA QUE:

LA ASOCIACION DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ASCATIDAR con NIT: 834.001.583-2, con domicilio principal en el municipio de Saravena-Arauca se encuentra a paz y salvo, y ha cumplido con los pagos del sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales; correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE** y a la fecha de suscripción de este documento.

Adicionalmente certifico que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales correspondientes al mes de **SEPTIEMBRE** y a la fecha de suscripción de este documento, dando cumplimiento al Artículo 50 ley 789 de 2002, decreto 2650 de 1993 y Decreto 1601 de 2022 Artículo 3.2.7.6.

Expedido en Saravena- Arauca, el 17 de octubre de 2025.

Atentamente,

Danilo Antonio Tamaran C.
DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA
Representante Legal
ASCATIDAR



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.467.279
TAMARAN COBARIA
APELLIDOS
DANILO ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1985
SARAVENA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

02-MAR-2004 CUBARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4002500-00522949-M-0009467279-20131210 0038181462A 1