Yo, **JHOVANA ZAPATA HENAO**

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	CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO VERSALLES				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	800.180.234-1		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	63-00200-2025	FECHA SUSCRIPCIÓN	26 (día) noviembre (mes) 2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	15 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	10 (día) DICIEMBRE (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	6	DE	6
VALOR A PAGAR	$ 35.101.311,00	EN LETRAS	TREINTA Y CINCO MILLONES CIENTO UN MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS MCTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) noviembre (mes) 2025 (año)	HASTA	15 (día) noviembre (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 PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES FAMILIARES E INSTITUTCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACION DEL RIESGO,	64425	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	122	02-02-02-009-003-05	$ 35.101.311,00

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:	DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	084900085725	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

PLANILLA NOVIEMBRE EL 50%

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 35.101.311,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 35.101.311,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 35.101.311,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDIS	ÁREA O C.Z.	FIRMA
JHOVANA ZAPATA HENAO	SUPERVISOR CONTRATO	QUINDÍO	GRUPO DE PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	Jhovana Zapata H.
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
LILIANA SUAREZ BELTRAN	FINANCIERA - EQUIPO DE SUPERVISION	QUINDÍO	GRUPO DE PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
NATALIA RENDON LEDESMA	GRUPO DE PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	Natalia Rendón	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
Jorge Andres Uaco	12-12-2025	4:50pm	
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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Versalles
Centro de desarrollo comunitario
¡La comunidad! nuestra razón de ser.

DOCUMENTO DE COBRO N° 25

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT 899.999.239-2

Debe a:
CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO VERSALLES
Nit. 800.180.234-1
Carrera 22 46-19 Manizales – Caldas

Objeto: Brindar atención a las niñas, los niños y adolescentes que tienen un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, en la modalidad de apoyo psicológico especializado, de acuerdo con los documentos técnicos vigentes expedidos por el ICBF.

Por concepto de: Aporte Contrato N° 6300-200-2025 correspondiente a la atención del 01 al 15 de noviembre 2025 del programa Apoyo Psicologico Especializado.

La suma de: Treinta y cinco millones ciento un mil trescientos once pesos mcte) $35.101.311.

Por favor realizar al consignación a la cuenta destinada al programa N°084900085725 banco Davivienda.

Se firma en Manizales a los 03 días del mes de diciembre del año 2025.

Atentamente,

LUIS EDUARDO ARANGO ALVAREZ
Representante Legal