Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES**

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	ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA - ASCATIDAR					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	834001583			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	81003462025	FECHA SUSCRIPCIÓN	31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) julio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	20 (día) febrero (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	4
VALOR A PAGAR	$ 281.935.787	EN LETRAS	DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) febrero (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) marzo (mes) 2026 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	5926	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	**161** SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	$ 281.935.787

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	108900766495	TIPO DE CUENTA	AHORRO

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	$	281.935.787
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	281.935.787 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	281.935.787

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES	SUPERVISORA DEL CONTRATO DE APORTE	ARAUCA	TAME	Paula A. Robledo C.
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
SANDRA VIVIANA PRECIADO MARTINEZ	CONTRATISTA	ARAUCA	TAME	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
GIVEL ANDREA LINDARTE VANEGAS	GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE GESTIÓN MISIONAL, PLANEACIÓN Y TECNOLOGÍA		20-02-2026

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

Tame 16 de febrero del 2026

DOCUMENTO DE COBRO No 2

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF
NIT. 899. 999.239-2

Debe a:

ASOCIACION DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA - ASCATIDAR
NIT. 834001583-2

Dirección: Vereda Puerto Miranda
Teléfono: 3213202095

La suma de: DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/TCE.
$281.935.787

POR CONCEPTO DE: Segundo desembolso equivalente al contrato No 81003462025 del municipio de Tame, Objeto: "Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención Integral a la primera infancia de conformidad con los Manuales Técnicos, Guías Operativas para la Atención a la Primera Infancia y los lineamientos establecidos por el ICBF, en armonía con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de "Cero a Siempre"

Atentamente:

Danilo Antonio Tamaran Cobaria
_____

DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA
C.C 9.467.279
REPRESENTANTE LEGAL
DIRECCION: VEREDA PUERTO MIRANDA
CELULAR: 3213202095
E-mail: ascatidar.arauca@gmail.com

MANUAL PARA LA LEGALIZACIÓN DE CUENTAS DE LAS ENTIDADES CONTRATISTAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

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

Ciudad y fecha: Tame, 16 de Febrero de 2026.

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL ARAUCA

Yo, **DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA** Identificado con cédula de ciudadanía **N° 9.467.279** En mi calidad **Representante legal** de la entidad contratista **Asociación de cabildos y autoridades tradicionales indígenas del departamento de Arauca - ASCATIDAR** identificada con NIT N° 834001583-2, manifiesto bajo la gravedad del juramento, esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Adicionalmente, 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 y pensiones correspondientes al mes de Enero del 2026, dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente

Danilo Antonio Tamaran Cobaria

_____

DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA
C.C N° 9.467.279

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.467.279**

TAMARAN COBARIA

APELLIDOS

DANILO ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1985**

SARAVENA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-MAR-2004 CUBARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4002500-00522949-M-0009467279-20131210 0036181462A 1 1752593613

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	863.103.068,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	863.103.068,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	863.103.068,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81003462025.pdf	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81003462025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CONTRATO_81003462025.pdf	ACTA DE INICIO CONTRATO_81003462025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de supervision_81003462025_01.pdf	Informe de supervision_81003462025_01.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 207725 C 81003462025.pdf	RPC 207725 C 81003462025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 5925 C 81003462025 VF.pdf	RPC 5925 C 81003462025 VF.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	Informe de supervision_81003462025_02.pdf	Informe de supervision_81003462025_02.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHytbarrer	YUDY TATIANA BARRERA JAIME
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA
Fecha y Hora Sistema:	2026-02-17-4:05 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 5926 de fecha 2026-01-06. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	5926	**Fecha Registro:**	2026-01-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-081 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	846.123.731,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	846.123.731,00	**Saldo x Obligar:**	846.123.731,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	834001583	**Razón Social:**	ASOCIACION DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ASCATIDAR	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	055010890076649 5	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	68298488	**Nombre:**	MASSIEL OLIVA LORA SALAS	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR			VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**	**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	81003462025	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2025-12-31

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
161 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT	Nación	10	CSF		846.123.731,00	0,00		
					Total:	846.123.731,00	0,00	846.123.731,00	846.123.731,00

Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF(...)VF

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-02-28	281.935.787,00	281.935.787,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-04-30	284.294.795,00	284.294.795,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-06-30	279.893.149,00	279.893.149,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Sandra Viviana Preciado Martinez

De: Paula Andrea Robledo Cortes
Enviado el: lunes, 23 de febrero de 2026 2:11 p. m.
Para: Sindy Johana Robinson Orjuela
CC: Sandra Viviana Preciado Martinez; Givel Andrea Lindarte Vanegas
Asunto: Autorización de pago contrato de aporte 81003462025
Datos adjuntos: 2_SEGUNDO_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003462025.pdf

Cordial saludo.

Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES,** en mi calidad de supervisor del contrato **81003462025,** certifico el cumplimiento a satisfacción con las obligaciones contractuales por parte del contratista **ASOCIACIÓN DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA - ASCATIDAR,**
Por lo anterior y de acuerdo a la resolución 5360 del 30 de junio de 2023, **AUTORIZO** el pago correspondiente al periodo del **01/02/2026** al **31/03/2026,** de acuerdo a los soportes y requisitos remitidos en el archivo adjunto.

DOCUMENTO REQUERIDO	CONTRATO DE APORTE
a) _Copia del documento denominado "Información general" emitido desde la plataforma SECOPII.	**NO APLICA**
b) _ Copia Estudios Previos o aceptación de la oferta, según sea el caso.	**NO APLICA**
c)_ Copia de la propuesta económica presentada por el contratista.	**NO APLICA** para la modalidad propuesta económica.
d) _Oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General o por el Grupo Jurídico de las Direcciones Regionales del ICBF.	**NO APLICA**
e)_ Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente, para los casos de los Consorcios Uniones Temporales (UT) se deben presentara demás del RUT de la UT o del Consorcio el RUT de los integrantes.	**NO APLICA** para el contrato
f)_ Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente.	**NO APLICA**)
g)_ Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación.	**NO APLICA**
h)_ Certificación pagos contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios y viáticos, expedida por el supervisor o interventor del contrato, debidamente diligenciada, de acuerdo con la versión vigente.	Se anexa SIIF Nación Certificación pagos contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios y viáticos
i)_ Acta de inicio cuando esta se haya pactado como requisito para el inicio de la ejecución contractual.	**NO APLICA**
j)_ Planilla de liquidación de los servicios prestados, firmada por el respectivo Coordinador del Centro Zonal, supervisor o interventor del contrato, asesores	**NO APLICA** para el contrato

financieros y técnicos del programa (de acuerdo a la estructura llevada en el centro zonal o Regional para la revisión de cuentas), en medio digital. (Para aquellos casos en que la certificación es se generen en forma individual, no se requiere este documento), cuando aplique.	
k)_ Planilla de liquidación, firmada por el respectivo Coordinador del Centro Zonal, de acuerdo con el reporte emitido por el aplicativo SIM, con la cual certifica el cumplimiento del servicio a satisfacción (para aquellos casos en que las certificaciones se generen en forma individual, la planilla no se requiere).	**NO APLICA** para el contrato
n)_ Factura electrónica (cuando aplique) o documento equivalente.	Se anexa cuenta de cobro
o)_ Captura de pantalla del soporte de aprobación de la factura en el aplicativo OLIMPIA, cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato debido a que se aporta cuenta de cobro y no factura electrónica
p)_ Captura de pantalla del soporte donde conste la validación de la factura por parte de la DIAN-Código Único de Factura Electrónica (CUFE) cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato debido a que se aporta cuenta de cobro y no factura electrónica
q)_ Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, en la cual conste que el contratista se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales. Adjuntar copia de la cedula de ciudadanía y tarjeta profesional en los casos en los que sea suscrita por el revisor fiscal. Si es persona natural, se deberá anexar copia de la planilla pagada de aporte a seguridad social en salud, pensión y ARL.	Se anexa certificación
t)_ Certificación bancaria donde se consignarán los recursos a la persona natural o jurídica.	**NO APLICA**
u)_ Captura de pantalla donde se evidencie que fueron cargados los documentos para el trámite de pago con el informe de supervisión o interventoría en la plataforma SECOP II.	Se anexa reporte del cargue en el SECOP II
v)_ Cuando se trate de contratos que tengan Interventoría, debe mediar la autorización de pago del Interventor, la cual debe ser remitida al supervisor del contrato y posteriormente, por parte de este remitir a las áreas Financieras la autorización de pago, cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato
w)_ Correo institucional de autorización del supervisor del Contrato al área financiera correspondiente (Regional o Sede).	Se envia Correo institucional
x)_ Cuando se trate de consorcios unión extemporales, anexar copia del documento de constitución del consorcio o unión temporal.	**NO APLICA** para el contrato

y)_ Para contratos centralizados, las áreas correspondientes deben remitir al Grupo Financiero Sede de la Dirección General el archivo pdf y el Excel con la identificación de los municipios donde se prestó el servicio respecto de la factura que se está tramitando.	**NO APLICA** para el contrato
ad)_ En el caso de efectuar se modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento modificatorio de la adición, prórroga o reducción y propuesta económica cuando aplique.	**NO APLICA** no se cuenta con modificación para el periodo de la solicitud
af)_ Para el caso determinación es anticipadas de contrato, adjuntar documento determinación, donde especifique la información financiera del mismo, cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato

Cordialmente,

Paula Andrea Robledo Cortes
Profesional Especializado
Coordinadora
ICBF Sede Centro Zonal Tame - Regional Arauca
Carrera 14 #15-57
Teléfono: 607 8886252
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also