



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 MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN

Nit

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

900332511

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE

CONTRATO

NÚMERO DOCUMENTO FUENTE

81003322025

FECHA SUSCRIPCIÓN

30

diciembre

2025

día

mes

año

PLAZO DE EJECUCIÓN

DESDE

31

diciembre

2025

día

mes

año

HASTA

31

julio

2026

día

mes

año

RÉGIMEN TRIBUTARIO

RESPONSABLE DEL IMPUESTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

23

febrero

2026

día

mes

año

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:

Vigencia

PAGO No:

2

DE

4

VALOR A PAGAR

\$ 665.494.871

EN LETRAS

SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

PERÍODO DE PAGO

DESDE

1

febrero

2026

día

mes

año

HASTA

31

marzo

2026

día

mes

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	4926	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	\$ 665.494.871

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

506400243164

TIPO DE CUENTA

AHORRO MAESTRA

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR

\$ -

A

EN LETRAS

AMORTIZACIÓN ANTICIPO

\$ -

CUOTA NÚMERO

DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA

TOTAL PAGO CORRIENTE

TOTAL A PAGAR (A+B)

VALOR

\$ 665.494.871

VALOR

\$ 665.494.871

VALOR

\$ 665.494.871

VALOR

\$ 665.494.871

VALOR

\$ 665.494.871

VALOR

\$ 665.494.871

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 APOORTE	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	ASG

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		23-02-2026
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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	PAG-C-C_1	08/03/2025
	CUENTA DE COBRO	Versión_2	Página 1 de 1

CUENTA DE COBRO N° 002 DE 2026		FECHA: 23 DE FEBRERO 2026
CLIENTE		
RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-REGIONAL ARAUCA IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.239-2 DIRECCIÓN: KR 21 NRO. 1 - 34 B FUNDADORES TELÉFONO: 8851826		
PROVEEDOR		
RAZON SOCIAL: ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI IDENTIFICACIÓN: 900332511-1 DIRECCIÓN: CARRERA 5 # 9 – 59 BARRIO PRIMERO DE MAYO TELÉFONO: 3209197608 CORREO ELECTRONICO: AMTPI2024@GMAIL.COM		
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	PRECIO UNITARIO
1	SOLICITUD DEL SEGUNDO DESEMBOLSO DEL CONTRATO DE APORTES 81003322025 CUYO OBJETO ES: 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". ZONA 219.	\$665.494.871
TOTAL		\$665.494.871
TOTAL		\$665.494.871
VALOR EN LETRAS: SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESO M/CTE (\$665.494.871)		
AUTORIZA		
 STEFFANY PATIÑO VILLAMIZAR REPRESENTANTE LEGAL		





SOLUCIONES & SERVICIOS CONTABLES M&M

Nini Yohana Mendoza Arenas

CONTADOR PÚBLICO

ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL

T.P.160235-T

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

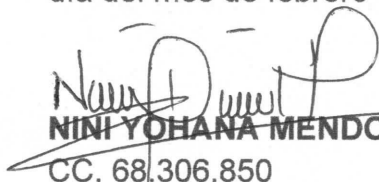
**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y
LEY 828 DE 2003**

PERSONA JURIDICA

Yo **NINI YOHANA MENDOZA ARENAS** identificada con cedula de ciudadanía N° 68.306.850 de Tame y tarjeta profesional 160235-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de contadora **de la ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA (ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO)** identificado con Nit N° 900332511-1, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Tame, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la entidad, certifico el pago de los aportes realizados por la entidad durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en el municipio de Tame, departamento de Arauca a los veintitrés (23) día del mes de febrero de 2026


NINI YOHANA MENDOZA ARENAS
CC. 68.306.850

T P 160235-T

Contadora Pública- Fundación Universitaria del área andina
Especialista en Revisoría Fiscal

*Email: solucionesyservicioscontables@hotmail.com Tame- Arauca
Calle 14 no 12-74 Cel: 314 2187367*

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

160235-T

NINI YOHANA
MENDOZA ARENAS
C.C. 68306850
RESOLUCION INSCRIPCION 212 **FECHA 07/07/2011**
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS **170980**

DUPLICADO

Esta tarjeta es el único documento que acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 19 de 1990. Agradezco a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

91316

170980

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.306.850

MENDOZA ARENAS

PELLIDOS

NINI YOHANA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1983

TAME (ARAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA **G.S. RH** **SEXO**

02-MAY-2002 TAME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACI CARLOS ARIEL SANCHEZ TI

A-4000500 00285665 F-0068306850-20110325 **0026300264A 1** **1771212**

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

980E47B04A853AA1

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

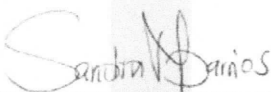
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **NINI YOHANA MENDOZA ARENAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 68306850 de TAME (ARAUCA) Y Tarjeta Profesional No 160235-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 13 días del mes de Febrero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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 fa
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:	2.066.567.110,00 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:	2.066.567.110,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	2.066.567.110,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ 1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ ACTA DE INICIO CONTRATO_81003322025.pdf	ACTA DE INICIO CONTRATO_81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ Informe de supervision_81003322025_01.pdf	Informe de supervision_81003322025_01.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ RPC 206725 C 81003322025.pdf	RPC 206725 C 81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ RPC 4925 C 81003322025 VF.pdf	RPC 4925 C 81003322025 VF.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐ Informe de supervision_81003322025_02.pdf

Informe de supervision_81003322025_02.pdf

Comprador [Descargar](#) [Detalle](#)

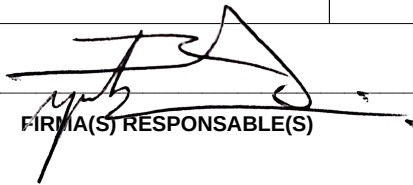


Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante: MHytbarrer YUDY TATIANA BARRERA JAIME
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 46-02-00-081 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA
Fecha y Hora Sistema: 2026-02-17-4:01 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO													
Con base en el CDP No: 4926 de fecha 2026-01-05. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle													
Número:	4926	Fecha Registro:	2026-01-05	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:	2.026.001.194,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	2.026.001.194,00	Saldo x Obligar:	2.026.001.194,00				
TERCERO ORIGINAL													
Identificación: NIT	900332511	Razón Social:	ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA					Medio de Pago:	Abono en cuenta				
CUENTA BANCARIA													
Número:	506400243164	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:	81003322025	Tipo:	CONTRATO DE APOORTE	Fecha:	2025-12-30
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									
							2.026.001.194,00	0,00					
Total:							2.026.001.194,00	0,00	2.026.001.194,00	2.026.001.194,00			
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	665.494.871,00	665.494.871,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-04-30	686.111.331,00	686.111.331,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-06-30	674.394.992,00	674.394.992,00	NINGUNO


FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Sandra Viviana Preciado Martinez

De: Paula Andrea Robledo Cortes
Enviado el: lunes, 23 de febrero de 2026 3:36 p. m.
Para: Sindy Johana Robinson Orjuela
CC: Sandra Viviana Preciado Martinez; Givel Andrea Lindarte Vanegas
Asunto: Autorización de pago contrato de aporte 81003322025
Datos adjuntos: 2_SEGUNDA_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf

Cordial saludo.

Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES**, en mi calidad de supervisor del contrato **81003322025**, certifico el cumplimiento a satisfacción con las obligaciones contractuales por parte del contratista **ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI**, 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 APOORTE
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 financieros y técnicos del programa (de acuerdo a la	NO APLICA para el contrato

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 envía 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	NO APLICA para el contrato

con la identificación de los municipios donde se prestó el servicio respecto de la factura que se está tramitando.	
ad) En el caso de efectuar se modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento modificadorio 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 información 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 warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to