

SHIRLEY THOMAS ALVARDO						
Yo, 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 AFRODESCENDIENTE DEL MAGDALENA MEDIO				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Na	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		900.267.263-1		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE		68008852025	FECHA SUSCRIPCIÓN	31 diciembre 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 diciembre 2025	HASTA 31 julio 2026	RÉGIMEN TRIBUTARIO		NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN		11 febrero 2026				
2. DATOS DEL PAGO						
PAGO CON CARGO A:	Vigencia		PAGO No:	2	DE	4
VALOR A PAGAR	\$ 256.327.873		EN LETRAS: DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTI SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE			
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 febrero 2026	HASTA 31 marzo 2026				
2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL						
DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BVS - 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	30626	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	101 SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	02-02-02-009-002-01	\$ 256.327.873
NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA						
2.2 INFORMACIÓN BANCARIA						
CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO POPULAR		NÚMERO DE CUENTA	500-804851019	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	VALOR					
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 256.327.873				
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR					
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR					
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 256.327.873				
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 256.327.873				
SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO						
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDU	ÁREA O C.E.	FIRMA		
SHIRLEY THOMAS ALVARDO	COORDINADORA	SANTANDER	CZ YARIGUES	<i>Shirley Thomas A.</i>		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA		
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL						
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA		
KATHERINE CORREDOR ACOSTA	ADMINISTRADORA-CONTRATISTA	SANTANDER	CZ YARIGUES	<i>Katherine Corredor A.</i>		
RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC						
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)			
SHIRLEY THOMAS ALVARDO	COORDINADORA	<i>Shirley Thomas A.</i>	11/02/2026			
ESPACIO PARA SER DELEGUADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURAS						
RECUPCIÓN DOCUMENTOS						
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA			
DEVOLUCIONES						
NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA			
RECUPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN						
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA			

**EL SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 68008852025
CERTIFICA QUE**

Que se verificó los documentos que a continuación relaciono presentados por el operador, **ASOCIACION AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO**, identificado con el NIT: **900.267.263-1**, establecidos en la resolución 5360 de 2023 artículo 5 y cláusula **NOVENA**, Valor del contrato y forma de pago de los aportes ICBF para el **SEGUNDO DESEMBOLSO** y que dichos documentos se encuentran en el centro zonal:

Para el segundo desembolso a) Presupuesto inicial de ingresos y gastos avalado por el Comité Técnico Operativo y aprobado por el Supervisor y/o interventor. b) Aprobación y programación de aporte de la contrapartida, cuando aplique, avalados por el comité técnico operativo y aprobado por el supervisor y/o interventor. c) Reporte generado por el Sistema de Información CUENTAME o herramienta de Información que defina la entidad, de los datos del Representante Legal, EAS, dirección exacta, teléfono exacto de la sede principal de la EAS, contrato, servicio y valores de acuerdo con la documentación física que se encuentre validado por el representante legal o quien haga de sus veces. d) Listado actualizado de las UDS en las cuales se prestarán los servicios de atención a los participantes según los datos existentes (código de unidades, nombres, dirección, teléfono y responsable) tomando como insumo los datos ya creados en el Sistema de Información CUENTAME o herramienta de Información que defina la entidad e) Listado de los datos básicos de los participantes de continuidad en la unidad de servicio y los que ingresan según lo establecido en la Guía para la Focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia y las demás directrices del ICBF f) Acta de visita, ficha y registro fotográfico realizado por el supervisor y/o interventor del contrato (conforme a la Resolución No. 4733 de 2022, o documento que la modifique o sustituya) que soporte que la infraestructura ofertada cumple con las condiciones físicas de las instalaciones relacionadas para la prestación del servicio a contratar (Solo aplica cuando el ICBF, para la selección, tuvo en cuenta la sede propia ofertada por la entidad). g) Copia de los contratos celebrados con el talento humano contratado para la ejecución y copia de las certificaciones de vinculación de estos al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.

Se expide en Barrancabermeja, el 11 de febrero de 2026



SHIRLEY THOMAS ALVARADO
Coordinadora Centro Zonal Yariguies



ASOCIACION DE AFRODESCENDIENTES DEL
MAGDALENA MEDI
NIT 900.267.263-1
Cl 58 36E 26 B. Alcazar
Tel: (037) 3134446767
Barrancabermeja - Colombia
wilsonariaspro@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE 194

Señores	ICBF		
NIT	899.999.239-2	Teléfono	(607) 6972100
Dirección	Calle 1N # 16 D - 86 Barrio La Juventud	Ciudad	Barrancabermeja - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	06/02/2026, 09:11
Expedición	06/02/2026, 09:11
Vencimiento	06/02/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATO DE APORTES 68008852025	1.00	256,327,873.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Doscientos cincuenta y seis millones trescientos veintisiete mil ochocientos setenta y tres pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 256,327,873.00

Observaciones:
FACTURA SEGUNDO DESEMBOLSO MODALIDAD COMUNITARIA Y FAMILIAR, INSTITUCIONAL, SERVICIOS CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL A; EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR A SIN RACION.

Total Bruto	256,327,873.00
Total a Pagar	256,327,873.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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. Número Autorización Electrónica 18764089311761 aprobado en 20250222 prefijo FE desde el número 124 al 300 Vigencia: 6 Meses
No responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 6*1000
CUFE: 2c7b948ce12eca5386a5efa5424fdadd49d01407b2af4f80a15bed4cb6cb8c910eb0fb8c4ec786cba99c6b0eb9e26d83

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

CERTIFICA

El suscrito Representante Legal Wilson arias Ardila, de la sociedad **AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO (AFRODMAN)**, identificada con NIT No. **900.267.263-1** se permite certificar que la mencionada sociedad se encuentra al día con sus proveedores para el contrato de aporte N° 68008852025 correspondiente al mes de Enero del 2026

Se expedida en la ciudad de Barrancabermeja, 06 del mes de Febrero del 2026

Atentamente,



Wilson arias Ardila

Cc 91.332.152 de puerto wilches

Representante legal

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES
PARAFISCALES - ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002.

CERTIFICA

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal Wilson arias Ardila, de la sociedad **AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO (AFRODMAN)**, identificada con NIT No. **900.267.263-1** se permite certificar que la mencionada asociación ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje correspondientes SALUD ENERO y otros ENERO 2026 por lo cual la referida sociedad se encuentra al día

Se expedida en la ciudad de Barrancabermeja, 06 del mes de Febrero del 2026

Atentamente,



Wilson arias Ardila
Cc 91.332.152 de puerto Wilches
Representante legal

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES
PARAFISCALES - ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002.

CERTIFICA

El suscrito Representante Legal Wilson arias Ardila, de la sociedad **AFRODESCENDIENTES DEL MAGDALENA MEDIO (AFRODMAN)**, identificada con NIT No. **900.267.263-1** se permite certificar que la mencionada asociación ha realizado la supervisión de buena fe a las cuentas de cobro verificando los pagos de seguridad social y parafiscales correspondientes exigidos bajo la modalidad de Contratos de prestación de servicio (CPS) velando su cumplimiento y que corresponda al 40% del ingreso y correspondiente, se certifica que se encuentran al día con esta obligación.

Se expedida en la ciudad de Barrancabermeja, 06 del mes de Febrero del 2026

Atentamente,



Wilson arias Ardila
Cc 91.332.152 de puerto Wilches
Representante legal

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91322152	NÚMERO PLANILLA:	4641891191	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILSON ARIAS ARDILA ARIAS ARDILA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANCABERMEJA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	CLLE 58 NO 36E 26	TELÉFONO:	1111111	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995644056
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 0	\$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
SUBTOTALES:									\$ 218.900				\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200
SUBTOTALES:									\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 91322152	ARIAS ARDILA WILSON	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 1.750.905				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.750.905	\$ 91322152	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 508.300
----------------------	-------------------