



YULY TATIANA RUIZ SOLANO

Yo, en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENCIÓN 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 PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACION: **NE** No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: **800099208-6**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONTRATO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **68009752024** FECHA SUSCRIPCIÓN: **08** **DICIEMBRE** **2024**

PLAZO DE EJECUCIÓN: DESDE **01** **DICIEMBRE** **2024** HASTA **31** **JUNIO** **2026** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **17** **MARZO** **2025**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **VIGILIOS** PAGO No: **36** DE **39**

VALOR A PAGAR: **\$ 8.771.522,00** EN LETRAS: **OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE**

PERIODO DE PAGO: DESDE **1** **MARZO** **2025** HASTA **31** **MARZO** **2025**

2.1 DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|-----------------------------------|-------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------|
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | 20426 | 10 | C-4602-1500-9-704020-4602020-02 | 162 | 02-02-02-009-002-01 | \$ 8.771.522,00 |

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: **220-530-13274-5** TIPO DE CUENTA: **AHORROS**

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: **\$ -** EN LETRAS: **-**

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: **\$ -** CUOTA NÚMERO: **-** DE: **-**

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 8.771.522,00**

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO VALOR: **\$ -**

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA VALOR: **\$ -**

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA VALOR: **\$ -**

TOTAL PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 8.771.522,00**

TOTAL A PAGAR (A+B) VALOR: **\$ 8.771.522,00**

| NOMBRE | CARGO | SUPERVISOR, INTERVENCIÓN O INTERLOCUTOR DEL CONTRATO / DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|--|--------------|---|-------------|-------|
| YULY TATIANA RUIZ SOLANO | COORDINADORA | CLL 9 8 20 | SOLICORBO | |
| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
| FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL | | | | |
| CARMEN ESTHER VELEZ LOPEZ | FINANCIERO | CLL 9 8 20 | SOLICORBO | |

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|--------------------------|--------------|-------|--------------------|
| YULY TATIANA RUIZ SOLANO | COORDINADORA | | 17/03/2025 |

ESPACIO PARA SER DESIGNADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORAS

| NOMBRE QUIEN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCION | HORA DE RECEPCION | FIRMA |
|-------------------------|--------------------|-------------------|-------|
| | | | |

| DEVOLUCIONES | | | |
|-----------------------|---------------------|-------------------|-------|
| NOMBRE QUIEN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCION | HORA DE RECEPCION | FIRMA |
| | | | |

| RECEPCION DE DOCUMENTOS QUE DEBE EFECTUAR LA DEVOLUCION | | | |
|---|--------------------|-------------------|-------|
| NOMBRE QUIEN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCION | HORA DE RECEPCION | FIRMA |
| | | | |



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Santander
Centro Zonal SOCORRO

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Yo YULY TATIANA RUIZ SOLANO Coordinador Del Centro Zonal SOCORRO certifico :

| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NIT O C.C | CONTRATO No |
|--|-------------|-------------|
| ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN | 800069108-6 | 68009752024 |

Que la La Entidad Administradora del Servicio E.A.S ha entregado previamente al CENTRO ZONAL los siguientes documentos, correspondientes al DECIMO SEXTO (16) DESEMBOLSO, según CLÁUSULA 6. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO.

- a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. en con concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, guías Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras.
- b) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF.
- c) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior.
- d) Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos).).
- e) Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia, y la dotación de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga).
- f) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el seguimiento según los Manuales Técnicos, guías Operativas Manuales Técnicos de la Modalidad y Guías Operativas del servicio correspondiente.
- g) Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia.
- h) Registro Mensual de Asistencia -RAM – en el instrumento que defina el ICBF según la atención.
- i) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamientos a familias y cualificación del talento humano
- j) Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario.
- k) Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.


Formato de certificacion Pago Contratos Prestacion de Servicios y Programas Diferente a Honorarios con los siguientes documentos:

- 1.) Cuenta de cobro o factura correspondiente.
- 2) La certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
- 3) Certificación firmada por el Representante Legal o Revisor Fiscal de que se encuentra al día en el pago de Proveedores. (cuando aplique).
- 4.) Planilla del último pago de Seguridad Social.

informacion de deducciones período de pago

| periodo de pago | 01/03/2026 AL 31/03/2026 | | |
|----------------------------|--------------------------|------------------|-----------|
| IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | SERVICIO | VALOR PROGRAMADO | DEDUCCION |
| | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|-------------|
| <p>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 162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA Recurso 10</p> | <p>JARDIN COMUNITARIO (JC)</p> | <p>\$ 8.771.522,00</p> | <p>\$0</p> |
| | <p>VALOR DEDUCCIONES</p> | <p>\$ 8.771.522</p> | <p>\$ -</p> |



YULY TATIANA RUIZ SOLANO
Supervisor del Contrato

Ciudad Socorro, 17 de marzo de 2026

CUENTA DE COBRO Nro. 16

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

DEBE A:

**ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN
NIT 800.069.108-6**

LA SUMA DE:

OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS MCTE. (\$8.771.522).

POR CONCEPTO DE:

DECIMO SEXTO Desembolso vigencia 2026 equivalente a la suma del valor del costo cupo mes de atención según canasta, por el número de unidades contratadas de atención del mes de Marzo 2026 , al contrato de aporte Nro. 68009752024 de fecha diciembre 2024.

CUENTA AHORROS No: 220-530-13274-5 del BANCO POPULAR S.A. Sucursal SOCORRO

Se expide en Galán, a los 11 días del mes de marzo de 2026.

Claudia Juliana Vivescas B.

**CLAUDIA JULIANA VIVESCAS BALLESTEROS
C.C. No 28.134.604 de Galán
Representante Legal APHB GALAN**

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL SANTANDER.

Nosotros (as), CLAUDIA JULIANA VIVIESCAS BALLESTEROS , identificado (a) con cédula de ciudadanía No 28.134.604 expedida en Galán, en mi calidad de Representante Legal y LIANETH GONZALEZ VANEGAS en mi calidad de Tesorero (a) de la ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR GALAN, identificada con NIT No. 8 0 0 0 6 9 1 0 8 -6 manifiéstanos bajo gravedad de juramento que esta entidad, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos susproveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al **mes de FEBRERO de 2026.**

En constancia se firma en el municipio de Galán a los 11 días del mes de marzo de 2026.

Claudio Juliana Viviecas B.
Firma Representante Legal
C.C. No. 28.134.604

Lianeth Gonzalez V
Firma Tesorero (a)
C.C. No. 1.002.493.635

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

Galán, 11 de marzo de 2026

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL SANTANDER

Yo, CLAUDIA JULIANA VIVIESCAS BALLESTEROS, identificada con cédula de ciudadanía No. **28.134.604** expedida en Galán, en mi calidad de representante legal de la Entidad contratista APHB GALAN, identificada con NIT No. 800.069.108-6 del Centro Zonal Socorro, Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad ha cumplido, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondiente a Salud (**marzo 2026**) y Pensión (**febrero 2026**) de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo; dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,

Claudia Juliana Viviescas B.

CLAUDIA JULIANA VIVIESCAS BALLESTEROS
CC. 28.134.604 de Galán
REPRESENTANTE LEGAL APHB GALAN

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|--|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 800069108 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | ASOCIACION DE PADRES DE HOGARES DE BIENESTAR | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | GALAN DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 6 # 9 - 23 TELÉFONO: | 3138024 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 01 - PLANILLA |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 6004761601 | TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN: | MES: febrero | PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/03/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 112784364 |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | |
|-----------------------|--------|--|------------|-------------------|
| | | | TOTALES | |
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 2 | \$ 560.400 |
| SUBTOTAL: | | | 2 | \$ 560.400 |
| SALUD | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9002267153 | EPS042 | EPS042 - COOSALUD | 1 | \$ 218.900 |
| 9002267153 | ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | \$ 218.900 |
| SUBTOTAL: | | | 2 | \$ 437.800 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8902001061 | CCF39 | CCF39-CAJASAN | 2 | \$ 140.200 |
| SUBTOTAL: | | | 2 | \$ 140.200 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 2 | \$ 18.400 |
| SUBTOTAL: | | | 2 | \$ 18.400 |
| OTROS PARAFISCALES | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8999990341 | PASENA | PASENA-SENA | 2 | \$ 70.200 |
| 8999992392 | PAICBF | PAICBF-ICBF | 2 | \$ 105.200 |
| SUBTOTAL: | | | 2 | \$ 175.400 |

| | |
|------------------------|---------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 1.332.200 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 1.332.200 |