



Yo, **LUZ STELLA RODRIGUEZ ECHEVERRY**

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	63-00310-2025	FECHA SUSCRIPCIÓN	26 diciembre 2025 día mes año
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 30 diciembre 2025 día mes año	HASTA 31 julio 2026 día mes año	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	21 mayo 2026 día mes año				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	6	DE	8
VALOR A PAGAR	\$ 6.392.560,00				
	EN LETRAS SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE				
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 abril 2026 día mes año	HASTA 30 abril 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
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	1426	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	122	02-02-02-009-003-05	\$ 6.392.560,00

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:	DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	084900086863	TIPO DE CUENTA	AHORROS
------------------------	------------	------------------	--------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES

AJUSTE AJUSTAMIENTO 16 CUPOS COMPLETAS LAS ATENCIONES 2026

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 6.392.560,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	\$ 6.392.560,00
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 6.392.560,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 6.392.560,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO					
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA	
LUZ STELLA RODRIGUEZ ECHEVERRY	SUPERVISOR CONTRATO	QUINDÍO	GRUPO DE PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS		
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 JUDITH SUAREZ BELTRAN	FINANCIERO - 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 PROTECCIÓN ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	Natalia Rendon	
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURAS			
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 considerará 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 58 DE 2014

DOCUMENTO DE COBRO N° 16

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.

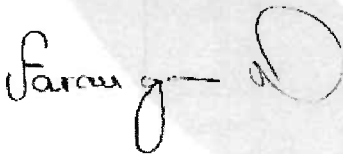
Por concepto de: Aporte Contrato N° 6300-310-2025 correspondiente al ajuste de alistamiento del programa Apoyo Psicologico Especializado.

La suma de: Seis millones trescientos noventa y dos mil quinientos sesenta pesos mcte) \$6.392.560.

Por favor realizar al consignación a la cuenta destinada al programa N°084900086863 banco Davivienda.

Se firma en Manizales a los 20 días del mes de mayo del año 2026.

Atentamente,



LUIS EDUARDO ARANGO ALVAREZ
Representante Legal