Yo, **SULLY JOHANA LOPEZ JIMENEZ**

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	**CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**818001449-5**		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05021032025	FECHA SUSCRIPCIÓN	28 (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	5 (día) junio (mes) 2026 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4 DE 4
VALOR A PAGAR	$ 663,052,201	EN LETRAS	SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS UN PESOS M/CTE.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) julio (mes) 2026 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	25526	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	$ 663,052,201

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 COMERCIAL AV VILLAS S.A.	NÚMERO DE CUENTA	514177849	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

En el ejercicio financiero del contrato se contempló una fase preparatoria y la prestación efectiva del servicio en el periodo comprendido entre los meses de febrero y julio, equivalente a un total de 5,75 meses de atención. En consecuencia, durante el mes de enero no se ejecutaron actividades de atención directa ni se generaron costos asociados a la operación de los servicios, razón por la cual no procede el reconocimiento de valores correspondientes a la canasta en dicho mes.
El reconocimiento financiero de la canasta se realiza a partir del mes de febrero, conforme a la programación de inicio de atención y a la estructura de costos definida en el ejercicio presupuestal del contrato. Esta información se encuentra debidamente soportada en la matriz de contratación alojada en la carpeta contractual publicada en la plataforma SECOP II, la cual constituye el soporte oficial del cálculo y distribución de los recursos.

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	$ 663,052,201
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 663,052,201
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 663,052,201

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
SULLY JOHANA LOPEZ JIMENEZ	SUPERVISORA DE CONTRATOS	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL URABA	Sully J Lopez J.
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
JULIO CESAR PAEZ SINITAVE	SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN ROL FINANCIERO	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL URABA	Julio Paez

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

LIQUIDACIÓN PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA
MODALIDAD INSTITUCIONAL
VIGENCIA FISCAL 2026

CONTRATISTA	**CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**
CONTRATO No.	**05021032025**
SERVICIO	**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL (A) INSTITUCIONAL**

CONCEPTO	DETALLE	CUPOS	MESES	VALOR	TOTAL
TALENTO HUMANO	COORDINADOR/A	447	2	$ 19,093	$ 17,068,851
	DOCENTE	447	2	$ 135,213	$ 120,880,563
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL	447	2	$ 13,521	$ 12,088,056
	PROFESIONAL NUTRICIÓN	447	2	$ 13,521	$ 12,088,056
	AUXILIAR PEDAGÓGICO	447	2	$ 48,967	$ 43,776,337
	MANIPULADOR DE ALIMENTOS	447	2	$ 48,967	$ 43,776,337
	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	447	2	$ 32,645	$ 29,184,225
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	447	2	$ 12,242	$ 10,944,083
GASTOS OPERATIVOS	SERVICIOS PÚBLICOS	447	2	$ 5,554	$ 4,965,276
	ARRIENDO	447	2	$ 17,569	$ 3,689,490
	MANTENIMIENTO Y ADECUACIONES	447	2	$ 5,300	$ 4,738,200
	GASTOS OPERATIVOS	447	2	$ 1,908	$ 1,660,832
SEGUROS	SEGURO NIÑOS	447	2	$ 1,062	$ 949,428
DOTACIÓN DE CONSUMO	MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO Y PAPELERÍA	447	2	$ 424	$ 7,202,064
	DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL	447	2	$ 208	$ 2,978,093
ALIMENTACIÓN	ALIMENTACIÓN HI (RACION SERVIDA)	447	2	$ 7,701	$ 117,038,278
ADICCION	DESCUENTOS REALIZADOS	447	2		$ -
	FASE PREPARATORIA	447	2		
PRESTACIÓN DEL SERVICIO					**$ 433,028,170**
ADICIÓN AJUSTE DE CANASTA				$ -	230,024,031
Menos reinversión de inejecuciones				$ -	
Menos redistribución de ahorros				$ -	$ -
					$ -
TOTAL NETO					**$ 663,052,201**

SON: **SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS UN PESOS M/CTE.**

El contratista ha cumplido a cabalidad con los pagos de aportes parafiscales y seguridad social.

FIRMA (Supervisor/a)	MA (Rol Financiero)	FIRMA (Rol técnico)

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato al que se hace referencia en el encabezado por parte del equipo de supervisión, de acuerdo con las cláusulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago del servicio prestado.

CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES
MUNICIPIOS BAHIA SOLANO - JURADO
CON NIT 818.001.449-5

Medellín, 4 de junio de 2026

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT. 899.999.239-2
Regional Antioquia
Calle 45 No. 79-141 Medellín - Antioquia

DEBE A:

CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES
NIT 818.001.449 - 5

La suma de: Seiscientos sesenta y tres millones cincuenta y dos mil doscientos un pesos m/cte. **($ 663.052.201).**

Objeto Contractual: 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”

Contrato: 05021032025

Correspondiente: Desembolso (Junio-Julio 2026)

Favor consignar a la Cuenta: Cuenta ahorros No. 514177849 Banco Comercial Av Villas S.A.

Juan Edilberto Pinilla Florez
Representante Legal
Cedula: 4.851.515
Dirección comercial: av batallón bahía solano

Firma de quien recibe: Julio Paez

MEMORANDO

Radicado No: 202631015000058143

Para: ANA MILENA CUARTAS TOBON
Coordinadora grupo interno y trabajo financiero

Asunto: Autorización de desembolsos contratos de aportes centro zonal Urabá.
Fecha: 05 de junio de 2026

Cordial saludo,

Para trámite de desembolsos de Entidades Administradoras del Servicio, se remite documentos para el pago de los siguientes contratos de aportes:

Contrato	NIT	EAS	N° Desembolso
05020952025	800044589	ASOCIACION DE PADRES Y VECINOS DEL HOGAR INFANTIL ORO VERDE	CUARTO
05021032025	900937529	CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES	CUARTO
05020892025	900612763	FUNDACION AFROVIDA, CALIDAD DE VIDA PARA TODOS	CUARTO
05020412025	901376433	FUNDACION EDUCATIVA SOY PAZ	CUARTO
05010982026	900558333	ASOCIACION UNION AGRICOLA DE PLATANICULTORES	TERCERO
05010862026	900548374	FUNDACION ETNICA SOCIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE Y TERRITORIAL DE COLOMBIA	TERCERO

Cordialmente,

SULLY JOHANA LOPEZ JIMENEZ
Supervisora contratos de aportes
Aprobó: Sully Johana López Jiménez
Revisó: Sully Johana López Jiménez

Proyectó: Julio Cesar Paez Sinitave

CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES
MUNICIPIOS BAHIA SOLANO - JURADO
CON NIT 818.001.449-5

CERTIFICACIÒN DE SEGURIDAD SOCIAL

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL ANTIOQUIA

Yo, **JUAN EDILBERTO PINILLA FLOREZ**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de representante legal del **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**, identificado con el Nit 818.001.449 -5, debidamente inscritos en el **MINISTERIO DEL INTERIOR,** me permito certificar bajo gravedad de juramento, que nos encontramos a paz y salvo los últimos seis (6) meses en el pago de la seguridad Social y parafiscales.

Lo anterior, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, se suscribe por el Representante Legal teniendo en cuenta que la empresa no cuenta con revisor fiscal.

Dada en Bahía solano a los 4 día del mes de junio de 2026

Firma:

Nombre: **Juan Edilberto Pinilla Flórez**

Cargo: Representante del consejo comunitario
Documento de Identidad: 4.851.515 de Bahía Solano