



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 CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA - ASCATIDAR

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN

Nit

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

834001583

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE

CONTRATO

NÚMERO DOCUMENTO FUENTE

81003462025

FECHA SUSCRIPCIÓN

31

diciembre

2025

día mes año

PLAZO DE EJECUCIÓN

DESDE

31

diciembre

2025

HASTA

31

julio

2026

día mes año

RÉGIMEN TRIBUTARIO

RESPONSABLE DEL IMPUESTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

12

junio

2026

día mes año

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:

Vigencia

PAGO No:

4

DE

4

VALOR A PAGAR

\$ 333.441.548

EN LETRAS

TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

PERÍODO DE PAGO

DESDE

1

junio

2026

HASTA

31

julio

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	5926	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	\$ 333.441.548

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 DAVIVIENDA S.A

NÚMERO DE CUENTA

108900766495

TIPO DE CUENTA

AHORRO

3. OBSERVACIONES

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

\$ 333.441.548

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA

VALOR

TOTAL PAGO CORRIENTE

VALOR

\$ 333.441.548

B

TOTAL A PAGAR (A+B)

VALOR:

\$ 333.441.548

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 APORTE	ARAUCA	TAME	
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	

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		12-06-2026
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

Tame 04 de junio del 2026

DOCUMENTO DE COBRO No 4

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF
NIT. 899. 999.239-2

Debe a:

ASOCIACION DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL
DEPARTAMENTO DE ARAUCA - ASCATIDAR
NIT. 834001583-2

Dirección: Vereda Puerto Miranda
Teléfono: 3213202095

La suma de: TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/TCE.
\$333.441.548

POR CONCEPTO DE: Cuarto desembolso equivalente al contrato No 81003462025 del municipio de Tame, 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, en armonía con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de “Cero a Siempre”

Atentamente:

Daniilo Antonio Tamaran Cobaria
DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA
C.C 9.467.279
REPRESENTANTE LEGAL
DIRECCION: VEREDA PUERTO MIRANDA
CELULAR: 3213202095
E-mail: ascatidar.arauca@gmail.com

MANUAL PARA LA LEGALIZACIÓN DE CUENTAS DE LAS ENTIDADES
CONTRATISTAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

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

Ciudad y fecha: Tame, 31 de Mayo de 2026.

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL ARAUCA

Yo, **DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA** Identificado con cédula de ciudadanía **N° 9.467.279** En mi calidad **Representante legal** de la entidad contratista **Asociación de cabildos y autoridades tradicionales indígenas del departamento de Arauca - ASCATIDAR** identificada con NIT N° 834001583-2, manifiesto bajo la gravedad del juramento, esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondientes al mes de Mayo del 2026, dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente

Daniilo Antonio Tamaran Cobarria

DANILO ANTONIO TAMARAN COBARIA
C.C N° 9.467.279

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.467.279**

TAMARAN COBARIA

APELLIDOS

DANILO ANTONIO

NOMBRES

Daniilo Antonio Tamaran Cobarria

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1985**

SARAVENA
(ARAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

02-MAR-2004 CUBARA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4002500-00522949-M-0009467279-20131210

0036181462A 1

1752593613

Editar Contrato

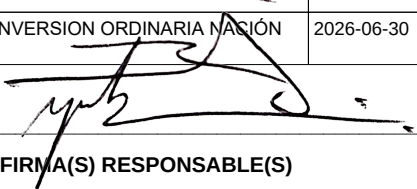
☐	Informe de supervision_81003462025_02.pdf	Informe de supervision_81003462025_02.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de supervision_81003462025_03.pdf	Informe de supervision_81003462025_03.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 207725 C 81003462025.pdf	RPC 207725 C 81003462025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 5925 C 81003462025 VF.pdf	RPC 5925 C 81003462025 VF.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de supervision_81003462025_04.pdf	Informe de supervision_81003462025_04.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
			<div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div>		
<div><div>Volver</div></div>			<div><div>Imprimir</div><div>Modificar</div><div><</div><div>></div></div>		

	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: 2026-04-16-11:43 a. m.		

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO													
Con base en el CDP No: 5926 de fecha 2026-01-06. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle													
Número:	5926	Fecha Registro:	2026-01-06		Unidad / Subunidad Ejecutora:	46-02-00-081 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA							
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Con Obligacion			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00				
Valor Inicial:	846.123.731,00	Valor Total Operaciones:	150.240.284,00			Valor Actual:	996.364.015,00	Saldo x Obligar:	714.428.228,00				
TERCERO ORIGINAL													
Identificación: NIT	834001583	Razón Social:	ASOCIACION DE CABILDOS Y AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA ASCATIDAR					Medio de Pago:	Abono en cuenta				
CUENTA BANCARIA													
Número:	0550108900766495	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:	81003462025	Tipo:	CONTRATO DE APOORTE	Fecha:	2025-12-31
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									
					2026-04-16	846.123.731,00	150.240.284,00						
					Total:	846.123.731,00	150.240.284,00	996.364.015,00	714.428.228,00				

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	281.935.787,00	0,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-04-30	380.986.680,00	380.986.680,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-06-30	333.441.548,00	333.441.548,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)



Outlook

Autorización de desembolso contrato de aporte 81003462025

Desde Paula Andrea Robledo Cortes <Paula.Robledo@icbf.gov.co>

Fecha Mié 17/06/2026 16:17

Para Sindy Johana Robinson Orjuela <sindy.robinson@icbf.gov.co>

CC Givel Andrea Lindarte Vanegas <Givel.Lindarte@icbf.gov.co>; Deny Carolina Hernandez Reina <Deny.Hernandez@icbf.gov.co>; Sandra Viviana Preciado Martinez <sandra.preciado@icbf.gov.co>

 1 archivo adjunto (2 MB)

4_CUARTA_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003462025.pdf;

Cordial saludo.

Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES**, en mi calidad de supervisor del contrato **81003462025**, certifico el cumplimiento a satisfacción con las obligaciones contractuales por parte del contratista **ASOCIACIÓN ASCATIDAR** Por lo anterior y de acuerdo a la resolución 5360 del 30 de junio de 2023, **AUTORIZO** el pago correspondiente al periodo del **01/06/2026** al **31/07/2026**, de acuerdo a los soportes y requisitos remitidos en el archivo adjunto.



DOCUMENTO REQUERIDO	CONTRATO DE APORTE
a) _Copia del documento denominado "Información general" emitido desde la plataforma SECOPII.	Se anexa información general
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.	Se anexa oficio perfeccionamiento y legalización
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 el contrato no fue suscrito con un consorcio.
f)_ Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente.	NO APLICA
g)_ Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación.	Se anexa SIIF Nación.
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 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.	NO APLICA para el contrato
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	NO APLICA para el contrato debido a que se aporta cuenta de cobro y no factura

Factura Electrónica (CUFE) cuando aplique.	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 con la identificación de los municipios donde se prestó el servicio respecto de la factura que se está tramitando.	NO APLICA para el contrato
ad) _ En el caso de efectuar 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 have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co