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 MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900332511**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	81003322025	FECHA SUSCRIPCIÓN	30 (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	12 (día) junio (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4	DE	4
VALOR A PAGAR	$ 779.303.409	EN LETRAS	SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NUEVE 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
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	4926	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	$ 779.303.409

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 DAVIVIENDA S.A	NÚMERO DE CUENTA	506400243164	TIPO DE CUENTA	AHORRO MAESTRA

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	$	779.303.409
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	779.303.409 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	779.303.409

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

CUENTA DE COBRO N° 004 DE 2026	**FECHA:** 04 DE JUNIO 2026

CLIENTE

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-REGIONAL ARAUCA
IDENTIFICACIÓN: NIT 899.999.239-2
DIRECCIÓN: KR 21 NRO. 1 - 34 B FUNDADORES
TELÉFONO: 8851826

PROVEEDOR

RAZON SOCIAL: ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI
IDENTIFICACIÓN: 900332511-1
DIRECCIÓN: CARRERA 5 # 9 – 59 BARRIO PRIMERO DE MAYO
TELÉFONO: 3209197608
CORREO ELECTRÓNICO: AMTPI2024@GMAIL.COM

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	PRECIO UNITARIO
1	SOLICITUD DEL CUARTO DESEMBOLSO DEL CONTRATO DE APORTES 81003322025 CUYO OBJETO ES: 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". ZONA 219.	$779.303.409
	TOTAL	$779.303.409
	TOTAL	$779.303.409

VALOR EN LETRAS: SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES TRECIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE ($779.303.409)

AUTORIZA

STEFFANY PATIÑO V.
STEFFANY PATIÑO VILLAMIZAR
REPRESENTANTE LEGAL

SOLUCIONES & SERVICIOS CONTABLES M&M
Nini Yohana Mendoza Arenas
CONTADOR PÚBLICO
ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL
T.P.160235-T
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003

PERSONA JURIDICA

Yo **NINI YOHANA MENDOZA ARENAS** identificada con cedula de ciudadanía N° 68.306.850 de Tame y tarjeta profesional 160235-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de contadora **de la ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA** (ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO) identificado con Nit N° 900332511-1, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Tame, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la entidad, certifico el pago de los aportes realizados por la entidad durante los últimos cinco (5) meses calendario legalmente exigibles a la fecha, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en el municipio de Tame, departamento de Arauca a los tres (03) días del mes de junio de 2026.

NINI YOHANA MENDOZA ARENAS
CC. 68.306.850
T P 160235-T
Contadora Pública- Fundación Universitaria del área andina
Especialista en Revisoría Fiscal

Email: solucionesyservicioscontables@hotmail.com Tame- Arauca
Calle 14 no 12-74 Cel: 314 2187367

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

Z29E7761EA06F87D

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NINI YOHANA MENDOZA ARENAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 68306850 de TAME (ARAUCA) Y Tarjeta Profesional No 160235-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

160235-T

NINI YOHANA
MENDOZA ARENAS
C.C. 68306850
RESOLUCION INSCRIPCION 212 FECHA 07/07/2011
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS 170980



FIRMA DEL TITULAR 91316

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley [illegible] de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Junta Central de Contadores.

DUPLICADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 68.306.850
MENDOZA ARENAS
APELLIDOS
NINI YOHANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1983
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-MAY-2002 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACI
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ T

A-4000500-00285665-F-0068306850-20110325 0026300264A 1 1771212

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Documento del contrato cargado

Volver | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	2.387.733.326,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	2.387.733.326,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	2.387.733.326,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	1_PRIMER SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2_SEGUNDA_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	2_SEGUNDA_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3_TERCER_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	3_TERCER_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CONTRATO_81003322025.pdf	ACTA DE INICIO CONTRATO_81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de supervision_81003322025_01.pdf	Informe de supervision_81003322025_01.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	Informe de supervision_81003322025_02.pdf	Informe de supervision_81003322025_02.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de supervision_81003322025_03.pdf	Informe de supervision_81003322025_03.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 206725 C 81003322025.pdf	RPC 206725 C 81003322025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RPC 4925 C 81003322025 VF.pdf	RPC 4925 C 81003322025 VF.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Informe de supervision_81003322025_04.pdf	Informe de supervision_81003322025_04.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Volver

Imprimir Modificar < >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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:	2026-04-16-9:24 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 4926 de fecha 2026-01-05. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	4926	**Fecha Registro:**	2026-01-05	**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:	2.026.001.194,00	**Valor Total Operaciones:**	314.868.839,00			**Valor Actual:**	2.340.870.033,00	**Saldo x Obligar:**	1.675.375.162,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900332511	**Razón Social:**	ASOCIACION DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	506400243164	**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:**	81003322025	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2025-12-30

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	2.026.001.194,00	314.868.839,00		
					Total:	2.026.001.194,00	314.868.839,00	2.340.870.033,00	1.675.375.162,00

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	665.494.871,00	0,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-04-30	896.071.753,00	896.071.753,00	NINGUNO
46-02-00-081	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ARAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-06-30	779.303.409,00	779.303.409,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Outlook

Autorización de desembolso contrato de aporte 81003322025

Desde Paula Andrea Robledo Cortes <Paula.Robledo@icbf.gov.co>
Fecha Mié 17/06/2026 17:10
Para Sindy Johana Robinson Orjuela <sindy.robinson@icbf.gov.co>
CC Givel Andrea Lindarte Vanegas <Givel.Lindarte@icbf.gov.co>; Sandra Viviana Preciado Martinez <sandra.preciado@icbf.gov.co>; Deny Carolina Hernandez Reina <Deny.Hernandez@icbf.gov.co>

1 archivo adjunto (3 MB)
4_CUARTA_SOLICITUD DESEMBOLSO_81003322025.pdf;

Cordial saludo.

Yo, **PAULA ANDREA ROBLEDO CORTES,** en mi calidad de supervisor del contrato **81003322025,** certifico el cumplimiento a satisfacción con las obligaciones contractuales por parte del contratista **ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS Y MUJERES TRABAJADORAS POR LA PRIMERA INFANCIA - AMTPI,**
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.	**NO APLICA**
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.	**NO APLICA**
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** para el contrato
f)_ Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente.	**NO APLICA**)
g)_ Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación.	**NO APLICA**
h)_ Certificación pagos contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios y viáticos, expedida por el supervisor o interventor	Se anexa SIIF Nación Certificación pagos contratos prestación de

del contrato, debidamente diligenciada, de acuerdo con la versión vigente.	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 Factura Electrónica (CUFE) cuando aplique.	**NO APLICA** para el contrato debido a que se aporta cuenta de cobro y no factura 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 envia 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 se modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento modificatorio 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 informacion 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