MEMORANDO

Radicado No: 202633005000023223

Para: LUZ MILA MEDINA ROMERO
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: Solicitud de Segundo Desembolso
Fecha: 30 de junio de 2026

En mi calidad de supervisora, remito solicitud de pago de la cuenta de cobro correspondiente al Segundo desembolso de los siguientes convenios según clausula contractual:

NOMBRE	N.º CONTRATO	NIT
MUNICIPIO DE SABANAGRANDE	08008012025	890903938
MUNICIPIO DE SUAN	08008042025	890300279
MUNICIPIO DE PONEDERA	08008022025	860034313

Atentamente,



DILVIS ESTHER VALERA CERRA
Coordinadora CZ Sabanagrande
Anexo:
Aprobó: Dilvis Esther Valera Cerra/Coordinador CZ Sabanagrande
Revisó: Dilvis Esther Valera Cerra /Coordinador CZ Sabanagrande
Proyectó: Maria Fernanda Castro Peñata/Financiera CZ Sabanagrande

Yo, **DILVIS ESTHER VALERA CERRA**

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	MUNICIPIO DE SABANAGRANDE						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890-115-982				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	8008012025	FECHA SUSCRIPCIÓN	7 (día)	noviembre (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 30 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) julio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	30 (día) junio (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2 DE 3
VALOR A PAGAR	$ 276.852.271,00	EN LETRAS	DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) abril (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
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	426	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	163 CONVENIOS ESPECIALES	02-02-02-009-002-01 SERVICIOS DE EDUCACION A LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR	$ 276.852.271,00

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 DE OCCIDENTE	NÚMERO DE CUENTA	48100008343	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

SE CANCELA LO CORRESPONDIENTE AL PRESUPUESTO REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN DEL CT

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	276.852.271,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	276.852.271,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	276.852.271,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DILVIS ESTHER VALERA CERRA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE COORDINADOR CENTRO ZONAL	ATLANTICO	SABANAGRANDE	
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
MARIA FERNANDA CASTRO PEÑATA	PROFESIONAL DE APOYO AL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE LOS CONTRATOS - CONTRATISTA	ATLANTICO	SABANAGRANDE	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DILVIS ESTHER VALERA CERRA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE COORDINADOR CENTRO ZONAL		30/06/2026

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL ATLANTICO

DEBE A

La **ALCALDÍA MUNICIPAL DE SABANAGRANDE** identificada con **NIT 890.115.982-1,** La suma de doscientos setenta y seis millones ochocientos cincuenta y dos mil doscientos setenta y un Peso M/L ($276.852.271) por concepto del **SEGUNDO DESEMBOLSO** correspondiente al 50% de los aportes del ICBF al Convenio Interadministrativo No 08008012025.

Se expide la presente en Sabanagrande – atlántico a los veintidós (22) días del mes de junio del 2026.

Para fines pertinentes



DARWIN ROSALES MORA
Alcalde
Municipio de Sabanagrande- Atlántico

El suscrito Contador de la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE SABANAGRANDE** identificada con NIT **890.115.982-1,**

CERTIFICA QUE

Bajo la gravedad de juramento, esta entidad ha cumplido con los aportes del sistema de seguridad social y aportes para fiscales correspondiente a los empleados en los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha del presente proceso en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Se expide la presente certificación en Sabanagrande - Atlántico a los veintitrés (23) días del mes de junio del 2026.

Para fines pertinentes

Javier Sánchez Camargo.
contador
C.C. 72.314.721
T.P. No 139709-T

Anexo:
1. Copia Cedula de Ciudadanía
2. Copia Tarjeta Profesional
3. Certificado Junta Central de contadores

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

AF2D9340AED04A49

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 **JAVIER GREGORIO SANCHEZ CAMARGO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 72314721 de SANTO TOMAS (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 139709-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Junio de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado