

AMPARO PÉREZ LÓPEZ

Yo, 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: **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: **N/A** No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **890207406-6**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONTRATO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **68001722025** FECHA SUSCRIPCIÓN: **4 febrero 2025**

PLAZO DE EJECUCIÓN: DESDE **6 febrero 2024** HASTA **30 septiembre 2025** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **17 febrero 2025**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **Vigencia** PAGO No: **1** DE **6**

VALOR A PAGAR: **\$ 38.437.815,00** EN LETRAS: **TREINTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE**

PERÍODO DE PAGO: DESDE **6 febrero 2025** HASTA **28 febrero 2025**

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	002-02-02-009-002-01	\$ 38.437.815,00
						\$ 38.437.815,00

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: **BANCO POPULAR** NÚMERO DE CUENTA: **500-80665923-2** TIPO DE CUENTA: **Ahorros**

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: **\$ -** A EN LETRAS: **-**

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: **\$ -** CUOTA NÚMERO: **-** DE: **-**

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 38.437.815,00**

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO VALOR: **-**

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA VALOR: **-**

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA VALOR: **-**

TOTAL PAGO CORRIENTE VALOR: **\$ 38.437.815,00** B

TOTAL A PAGAR (A+B) VALOR: **\$ 38.437.815,00**

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SIO	ÁREA O C.E.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
		DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA
LEIDY CAROLINA CRUZ CUBIDES	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Leidy Cruz</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	17/02/2025

ESPACIO PARA SER DESIGÑADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORIAS

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

Yo,

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

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN

NIT

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

890207406-6

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE

CONTRATO

NÚMERO DOCUMENTO FUENTE

68001722025

FECHA SUSCRIPCIÓN

5 febrero 2025

día mes año

PLAZO DE EJECUCIÓN

DESDE

6 febrero 2025

día mes año

HASTA

30 septiembre 2025

día mes año

RÉGIMEN TRIBUTARIO

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

7 marzo 2025

día mes año

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:

Vigencia

PAGO No.:

2

DE

8

VALOR A PAGAR

\$ 32.708.520,00

EN LETRAS

TREINTA Y DOS MILLONES SÉTECENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

PERÍODO DE PAGO

DESDE

1 marzo 2025

día mes año

HASTA

31 marzo 2025

día mes año

3.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	002-02-02-009-002-01	\$ 32.708.520,00
						\$ 32.708.520,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

3.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:

BANCO POPULAR

NÚMERO DE CUENTA

500-80665923-2

TIPO DE CUENTA

Ahorros

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR

\$ -

A

EN LETRAS

AMORTIZACIÓN ANTICIPO

\$ -

CUOTA NÚMERO

DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA

TOTAL PAGO CORRIENTE

TOTAL A PAGAR (A+B)

VALOR

\$ 32.708.520,00

VALOR

VALOR

VALOR

\$ 32.708.520,00

VALOR

\$ 32.708.520,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SOG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

FUNCIÓNARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LEIDY CAROLINA CRUZ CUBIDES	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Leidy Carolina Cruz Cubides</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	7/01/2025

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS

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

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NIT	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025
FECHA SUSCRIPCIÓN	5 febrero 2025	FECHA SUSCRIPCIÓN	5 febrero 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 6 febrero 2025	HASTA 30 septiembre 2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	8 abril 2025		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3 DE 8
VALOR A PAGAR	\$ 32.708.520,00	EN LETRAS	TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 abril 2025	HASTA 30 abril 2025	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	002-02-02-009-002-01	\$ 32.708.520,00
						\$ 32.708.520,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 32.708.520,00
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 32.708.520,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 32.708.520,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
LEIDY CAROLINA CRUZ CUBIDES	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Leidy Cruz Cubides</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	8/04/2025
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS			
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

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NIT	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025
FECHA SUSCRIPCIÓN	5 febrero 2025	FECHA SUSCRIPCIÓN	5 febrero 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 6 febrero 2025	HASTA 30 septiembre 2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	6 mayo 2025		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4 DE 8
VALOR A PAGAR	\$ 32.708.520,00	EN LETRAS	TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 mayo 2025	HASTA 31 mayo 2025	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	\$ 32.708.520,00
						\$ 32.708.520,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 32.708.520,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 32.708.520,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 32.708.520,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
LEIDY CAROLINA CRUZ CUBIDES	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Leidy Cruz</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	6/05/2025
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS			
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

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**
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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025
FECHA SUSCRIPCIÓN	5 febrero 2025	FECHA SUSCRIPCIÓN	5 febrero 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 6 febrero 2025	HASTA 30 septiembre 2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	9 junio 2025		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	5 DE 8
VALOR A PAGAR	\$ 32.708.520,00	EN LETRAS	TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 junio 2025	HASTA 30 junio 2025	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	\$ 32.708.520,00
						\$ 32.708.520,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 32.708.520,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 32.708.520,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 32.708.520,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
LEIDY CAROLINA CRUZ CUBIDES	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Leidy Cruz Cubides</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	9/06/2025
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS			
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

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025
FECHA SUSCRIPCIÓN	5	febrero	2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 6 febrero 2025	HASTA 30 septiembre 2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	7	julio	2025

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	6	DE	8
VALOR A PAGAR	\$ 32.708.520,00	EN LETRAS	TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 julio 2025	HASTA 31 julio 2025			

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	\$ 32.708.520,00
						\$ 32.708.520,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 32.708.520,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 32.708.520,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 32.708.520,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
YULI ANDREA QUIROGA RUBIO	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Yuli Quiroga</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	7/07/2025
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS			
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 considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SEÑAL TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1931 DE 2012

Yo, **KAREN ALEXANDRA SALAMANCA AGUDELO**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS									
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6							
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025							
FECHA SUSCRIPCIÓN	5	febrero	2025							
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	6	febrero	2025	HASTA	30	septiembre	2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	11	agosto	2025							

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	7	DE	8			
VALOR A PAGAR	\$ 32.708.520,00	EN LETRAS	TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
PERÍODO DE PAGO	DESDE	1	agosto	2025	HASTA	31	agosto	2025

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	\$ 32.708.520,00
						\$ 32.708.520,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 32.708.520,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 32.708.520,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 32.708.520,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
KAREN ALEXANDRA SALAMANCA AGUDELO	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	
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
YULI ANDREA QUIROGA RUBIO	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
KAREN ALEXANDRA SALAMANCA AGUDELO	COORDINADORA		11/08/2025
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 considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SEÑAL TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1911 DE 2012

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS									
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6							
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025							
FECHA SUSCRIPCIÓN	5	febrero	2025							
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	6	febrero	2025	HASTA	30	septiembre	2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	6	septiembre	2025							

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	8	DE	8			
VALOR A PAGAR	\$ 37.586.315,00	EN LETRAS	TREINTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE					
PERÍODO DE PAGO	DESDE	1	septiembre	2025	HASTA	30	septiembre	2025

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	32725	27	C-4602-1500-9-704080-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	\$ 37.586.315,00
						\$ 37.586.315,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 37.586.315,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 37.586.315,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 37.586.315,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
YULI ANDREA QUIROGA RUBIO	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Yuli Quiroga</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	6/09/2025
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS			
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

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERLOCUTOR 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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLITOS									
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6							
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025							
FECHA SUSCRIPCIÓN	5	febrero	2025							
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	6	febrero	2025	HASTA	31	octubre	2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	6	octubre	2025							

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	9	DE	9			
VALOR A PAGAR	\$ 20.545.318,00	EN LETRAS	VEINTE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE					
PERÍODO DE PAGO	DESDE	1	octubre	2025	HASTA	31	octubre	2025

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	32725	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	\$ 20.545.318,00
						\$ 20.545.318,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES

Este contrato recibio una adición \$20.545.318 de y prorroga hasta el 31 de octubre del 2025.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$ 20.545.318,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 20.545.318,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 20.545.318,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
YULI ANDREA QUIROGA RUBIO	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Yuli Quiroga</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	6/10/2025
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 considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SEÑAL TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1901 DE 2012

Yo, **AMPARO PÉREZ LÓPEZ**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL LOS DIABLOS		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NIT	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890207406-6
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68001722025
FECHA SUSCRIPCIÓN	5	febrero	2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 6 febrero 2025	HASTA 22 diciembre 2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	5	diciembre	2025

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	11	DE	11
VALOR A PAGAR	\$ 14.516.190,00				
EN LETRAS	CATORCE MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO NOVENTA PESOS M/CTE				
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 diciembre 2025	HASTA 22 diciembre 2025			

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ALOJAMIENTO; SERVICIOS DE SUMINISTROS DE COMIDAS Y BEBIDAS	32725	27	A-02-02-02-006-003	302	A-02-02-02-006-003-03	\$ 14.516.190,00
						\$ 14.516.190,00

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:	BANCO POPULAR	NÚMERO DE CUENTA	500-80665923-2	TIPO DE CUENTA	Ahorros
------------------------	---------------	------------------	----------------	----------------	---------

3. OBSERVACIONES**4. ANTICIPOS**

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 14.516.190,00
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$ 14.516.190,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	\$ 14.516.190,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Amparo Pérez López</i>
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
YULI ANDREA QUIROGA RUBIO	Contratista Rol Financiero	Cra. 3 No. 9-32	Vélez	<i>Yuli Quiroga</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
AMPARO PÉREZ LÓPEZ	COORDINADORA	<i>Amparo Pérez López</i>	5/12/2025
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORÍAS			
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