Yo, **ISABEL CRISTINA ALVAREZ MOLINA**

en mi calidad de SUPERVISOR (E.), 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	05014172026	FECHA SUSCRIPCIÓN	14 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 18 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	13 (día) octubre (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 2	DE 2
VALOR A PAGAR	$ 77.942.240	EN LETRAS	SETENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/L
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2026 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
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	588526	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	$ 77.942.240

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 AV VILLAS	NÚMERO DE CUENTA	514178599	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 77.942.240
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 77.942.240
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 77.942.240

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
ISABEL CRISTINA ALVAREZ MOLINA	SUPERVISORA	REGIONAL ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL OCCIDENTE	
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LUISA MARIA VIVARES BUILES	APOYO SUPERVISIÓN FINANCIERA	REGIONAL ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL OCCIDENTE	Luisa Maria Vivares Builes

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

LIQUIDACIÓN PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA
MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
VIGENCIA FISCAL 2026

CONTRATISTA	CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES
CONTRATO No.	05014172026
SERVICIO	EDUCACION INICIAL CAMPESINA

CONCEPTO	DETALLE	CUPOS	MESES	COSTO MES	TOTAL
TALENTO HUMANO	COORDINADOR/A	160	octubre	$ 12.685	$ 2.029.600
	AGENTE EDUCATIVO	160	octubre	$ 162.568	$ 26.010.880
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL	160	octubre	$ 20.321	$ 3.251.360
	PROFESIONAL NUTRICIÓN	160	octubre	$ 20.321	$ 3.251.360
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS	160	octubre	$ 4.923	$ 787.720
SEGURO	PÓLIZA SEGURO PARTICIPANTE	160	octubre	$ 1.116	$ 178.560
TRANSPORTE	DESPLAZAMIENTO TALENTO HUMANO	160	octubre	$ 16.824	$ 2.691.840
ACOMPAÑAMIENTOS	ACOMPAÑAMIENTO A DISTANCIA	160	octubre	$ 3.027	$ 484.320
	REDES COMUNICATIVAS COMUNITARIAS	160	octubre	$ 2.883	$ 461.280
DOTACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO	160	octubre	$ 2.825	$ 339.000
	DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL	160	octubre	$ 1.888	$ 226.560
Autoabastecimiento	Práctica de autoabastecimiento para aportar al mejoramiento de la disponibilidad de Alimentos Naturales Nutritivos Sanos y Variados para Niñas, Niños y Mujeres Gestantes.	160 160	octubre	$ 27.733	$ 4.437.280
Kit pedagogico	"Paquete didactico familiar" que apoya las vivencias de las experiencias pedagógicas en las estrategias de atención de encuentro en el hogar y el acompañamiento a distancia	160	octubre	$ 21.620	$ 3.459.200
ALIMENTACIÓN	RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)	160	octubre	$ 184.577	$ 29.532.320
	OLLA COMUNITARIA	160	octubre	$ 5.006	$ 800.960
PRESTACIÓN DEL SERVICIO				**$ 488.317**	**$ 77.942.240**
Menos descuentos por inejecuciones					
Menos reinversión de inejecuciones					$ -
Menos redistribución de ahorros					
DESCUENTOS					**$ -**
TOTAL NETO					**$ 77.942.240**

SETENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/L

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

Luisa María Vivares Buritica

FIRMA (Supervisor/a)	FIRMA (Rol Financiero)	FIRMA (Rol Tecnico)

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, 6 de octubre 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: Setenta y siete millones novecientos cuarenta y dos mil doscientos cuarenta pesos m/cte. **($ 77.942.240).**

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: 05014172026

Correspondiente: Desembolso Segundo (Octubre 2026)

Favor consignar a la Cuenta: Cuenta ahorros No. 514178599 Banco Comercial Av Villas S.A.



Manuel Ricardo Abadia Ruiz
Representante Legal
Cedula: 82.385.093
Dirección comercial: av batallón bahía solano

Firma de quien recibe: Luisa María Viveros Burkes

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, **MANUEL RICARDO ABADIA RUIZ**, iidentificado 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 6 día del mes de octubre de 2026

Firma: 

Nombre: **Manuel Ricardo Abadia Ruiz**

Cargo: Representante del consejo comunitario
Documento de Identidad: 82.385.093 de Bahía Solano

Luisa María Viveros Burkes

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 82.385.093

SADIA RUIZ

APELLIDOS

MANUEL RICARDO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-1981**

JURADO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-AGO-2000 BAHIA SOLANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1700800-00754677-M-0082385093-20151008 **0046**82134A 1 42797735

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

Outlook

Autorización Desembolsos N. 2 CZ Occidente

Desde Isabel Cristina Alvarez Molina <Isabel.Alvarez@icbf.gov.co>
Fecha Vie 09/10/2026 16:16
Para Evelin de Jesus Toro Ayus <Evelin.Toro@icbf.gov.co>
CC Nelly Patino Arboleda <Nelly.Patino@icbf.gov.co>; Angela Bibiana Osorio Patino <Angela.Osorio@icbf.gov.co>; Santiago Vasquez Sierra <Santiago.Vasquez@icbf.gov.co>; Yelitza Machado Yepes <Yelitza.Machado@icbf.gov.co>; Yudi Elizabet Correa Grajales <Yudi.Correa@icbf.gov.co>; Luisa Maria Vivares Builes <Luisa.Vivares@icbf.gov.co>; Maria Eugenia Londono Herrera <Maria.Londono@icbf.gov.co>

Cordial saludo

Yo **ISABEL CRISTINA ALVAREZ MOLINA** en mi calidad de supervisora de los contratos de aporte del CZ Occidente, Certifico que las entidades aquí relacionadas han cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato; por tal motivo y teniendo en cuenta que cumplen a cabalidad con los requisitos para los desembolsos, autorizo el pago de los servicios prestados por las entidades.

RESGUARDO CANIME	05014132026	segundo desembolso
CONSEJO LOS DELFINES	05014172026	segundo desembolso
RESGUARDO CANIME	05014182026	segundo desembolso
FUNDACION COLECTIVO COAFRO	05013202026	segundo desembolso
ASOGANSA	05012362026	segundo desembolso
MIRLAS	05012982026	segundo desembolso
ABRAZAR	05013072026	segundo desembolso
PALABRA PAN Y PEZ	05013232026	segundo desembolso

Cordialmente,

Isabel Cristina Alvarez Molina
Profesional especializado
Supervisora de contratos
Centro zonal Occidente
ICBF Regional Antioquia
Calle 9 Santander N. 11-27 Santa Fe de Antioquia
Teléfono: 6044093440 ext 409007
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