Yo, **ANA MILENA MENDEZ FLOREZ**

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	**FUNDACOBA**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**805.023.177-4**			
TIPO DE DOCUMENTO	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**76015752025**	FECHA SUSCRIPCIÓN	31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **3** (día) **enero** (mes) **2026** (año)	HASTA **31** (día) **julio** (mes) **2026** (año)		RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**26** (día) **enero** (mes) **2026** (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No: **2** DE **5**	
VALOR A PAGAR	**$ 785.139.356,00**	EN LETRAS	**SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES CIENTO TRENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE.**
PERÍODO DE PAGO	DESDE **3** (día) **enero** (mes) **2026** (año)	HASTA **28** (día) **febrero** (mes) **2026** (año)	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
APOYO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL NACIONAL	**37026**	**10**	**C-4602-1500-9-704020-4602020-02**	**162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA**	**02-02-02-009-002-01 SERVICIOS DE EDUCACION DE LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR**	**$ 785.139.356,00**

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 BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA**	NÚMERO DE CUENTA	**198010711**	TIPO DE CUENTA	**AHORROS**

3. OBSERVACIONES

El criterio de Clasificación del gasto corresponde a Gasto Público.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	0.
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	**785.139.356,00**
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	**0.**
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	**785.139.356,00** B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	**785.139.356,00**

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ANA MILENA MENDEZ FLOREZ	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	VALLE DEL CAUCA	CZ. BUENAVENTURA	
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
MARITZA ARAGON DIAZ	CONTRATISTA	VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
KELI VIVIANA MUÑOZ MAYOR	**GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN**		**26/01/2026**

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012