Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Dependencia nula
Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas (Atlántico)

MEMORANDO

Radicado No: 202633300000042533

Para: RICARDO ANTONIO PINEDO ATENCIA
Coordinador Grupo Financiero

Asunto: SOLICITUD DE DESEMBOLSO - CONVENIO
Fecha: 26 de octubre de 2026

En mi calidad de supervisora, remito solicitud de pago de la cuenta de cobro correspondiente al desembolso del siguiente convenio interadministrativos según clausula contractual:

NOMBRE	N.º CONTRATO	NIT
MUNICIPIO DE SUAN	08008042025	890116159

Atentamente,

DILVIS ESTHER VALERA CERRA
Coordinadora Centro Zonal Sabanagrande ICBF
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 SUAN						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890-116-159				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	8008042025	FECHA SUSCRIPCIÓN	7 (día)	noviembre (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 29 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			23 (día) octubre (mes) 2026 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 4	DE 4
VALOR A PAGAR	$ 453.193.514,00	EN LETRAS	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2026 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (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	826	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	$ 453.193.514,00

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	805856812	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

SE CANCELA EL SALDO RESTANTE CORRESPONDIENTE A LO PROGRAMADO EN RP DESTINADO PARA EL 4TO DESEMBOLSO

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	453.193.514,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	453.193.514,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	453.193.514,00

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		25/10/2026

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

Suan, 6 de octubre de 2026

Señores:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF
Maribel.Escorcia@icbf.gov.co
felix.marrugo@icbf.gov.co
Katine.Buelvas@icbf.gov.co
E. S. D.

ASUNTO: Remisión de informe del periodo mes de septiembre de 2026

Cordial y respetuoso saludo,

Dando Alcance a la solicitud de documentos para subsanar la cuenta de cobro, Se presenta informe dentro del convenio N° 08008042025, para lo cual, se aportan los siguientes documentos:

1. Copia del Registro Único Tributario – RUT
2. Certificado de Parafiscales del Municipio de Suan.
3. Copia del certificado bancario
4. Copia del estudio previo
5. Registro Presupuestal (RP)
6. Informe de ejecución presupuestal
7. Cuenta de cobro

Expuesto lo anterior, debo precisar que los informes presentados corresponden a los periodos que a continuación se referencian:

ITEM	VIGENCIA	PERIODO	VALOR
1	2026	septiembre	**$453.193.514**

En esos términos se deja presentada los informes correspondientes.

La suscrita recibe notificaciones en la dirección electrónica: secresalud@suan-atlantico.gov.co.

De usted, atentamente,

ELISA ARIZA POLO
Secretaria de Salud
Municipio de Suan – Atlántico

ALCALDÍA DE SUAN
NIT: 890116159-0

CUENTA DE COBRO 05

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT. 899.999.239-2

DEBE A:

MUNICIPIO DE SUAN
NIT N° 890116159

LA SUMA DE:

CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL QUINIENIENTOS CATORCE PESOS
($453.193.514)

POR CONCEPTO DE:

CUENTA DE COBRO EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONVENIO

08008042025

Karolay Calvo Rivera.

KAROLAY CALVO RIVERA
C.C. 1043607402
ALCALDESA MUNICIPAL DE SUAN
Suan – Atlántico
*__Cuenta del banco para consignar el dinero__: 805856812
CTA AHORROS No.
BANCO DE OCCIDENTE

CERTIFICACIÓN PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Yo, **KAROLAY CALVO RIVERA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.043.607.402 expedida en Suan Atlántico, en mi condición de Representante Legal del Municipio de Suan con Nit. 890.116.159-0, me permito certificar que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la entidad ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Suan-Atlántico, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre de 2026.

KAROLAY CALVO RIVERA
ALCALDESA MUNICIPAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

8.511.363

NUMERO

BOLIVAR GUERRERO

APELLIDOS

ADOLFO JUNIOR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1979**

SUAN
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1997 SUAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0305500-22156124-M-0008511363-20070802 **02431** 07214O 02 226226291

Republica de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

92202-T



ADOLFO JUNIOR
BOLIVAR GUERRERO
C.C. 8511363
RESOLUCION INSCRIPCION 10 FECHA 2003/03/13
UNIVERSIDAD CORP. SIMON BOLIVAR

PRESIDENTE

BENJAMIN LOPEZ ARCINIEGAS

101819

FIRMA DEL TITULAR

- 011315

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.043.607.402

CALVO RIVERA

APELLIDOS

KAROLAY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1992

SUAN
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-OCT-2010 SUAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0305500-00577372-F-1043607402-20140527 0038806139A 2 41376790