Yo, **AIBINIA BONNETT PALACIO**

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 | FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900.085.882-9 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 218 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 3 (día) | agosto (mes) | 2022 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 3 (día) agosto (mes) 2022 (año) | HASTA | 30 (día) noviembre (mes) 2022 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 18 (día) noviembre (mes) 2022 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 4 | DE 4 |
| VALOR A PAGAR | $ 119.450.185,00 | EN LETRAS | CIENTO DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS M/L |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) octubre (mes) 2022 (año) | HASTA | 31 (día) octubre (mes) 2022 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | 140322 | 11 | C-4102-1500-14-0-4102037-02 | 122- APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA | 02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO | $ 119.450.185,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 BBVA | NÚMERO DE CUENTA | 255120578 | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

Los documentos solicitados al operador para el desembolso del mes son: factura o cuenta de cobro con el valor total de los cupos contratados, certificado honorarios, certificado parafiscales, certificado paz y salvo proveedores, junta central de contadores y copia de la cedula del contador o revisor fiscal de la entidad, informe técnico con el cumplimiento de las obligaciones contractuales y sus anexos. El valor programado $ 120.131.700 desembolso es de menor valor por cupos parciales $ 681.515

**4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | $ | 119.450.185,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 119.450.185,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 119.450.185,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| AIBINIA BONNETT | SUPERVISORA | MAGDALENA | ASISTENCIA TECNICA | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| DAYANIS MENDEZ CERVANTES | APOYO FINANCIERO | MAGDALENA | ASISTENCIATÉCNICA | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| DAYANIS MENDEZ CERVANTES | ASISTENCIA TÉCNICA | | 18/11/2022 |

**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

| CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO | |
|---|---|
| **Nº. CONTRATO DE APORTE** | **ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS** |
| **47002182022**<br><br>**3/08/2022** | **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL,** identificada con el NIT Nº 900.085.882-9 representado por **ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR** identificada con cédula de ciudadanía No. 26.668.309 |
| OBJETO DEL CONTRATO | BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA **MODALIDAD INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIA**L, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF. |
| VALOR DEL CONTRATO INICIAL | El valor del presente contrato será por la suma de **CUATROCIENTOS TREINTA MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE ($430.384.240)** |
| FORMA DE PAGO | El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente manera: (i) un (1) giro de alistamiento durante los primeros 6 días hábiles a la legalización del contrato por un valor **NOVENTA Y CINCO MILLONES SESENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/L ($ 95.060.420),** equivalente al total de los cupos contratados presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de la garantía y (3) Acta de inicio. y demás soportes exigidos en la Resolución N° 3333 del 2 de junio de 2015 (exceptuando aquellos documentos que se solicitan cuando ya se ha realizado la atención de los niños, niñas y adolescentes (ii) El número de desembolsos corresponde al número de meses contratados menos uno, dado que el último pago se cruza con el alistamiento entregado al inicio del contrato mensuales vencidos los cuales se efectuará una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del pago mensual en caso que aplique generada a través del Sistema de Información Misional SIM de los siguientes documentos: (1) Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) Planilla de usuarios (as) atendidos; (3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; (4) Informe de Ingresos y Gastos; (5) Certificado de cumplimiento de pago a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; (6) Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de pago correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. (7) Cuenta de cobro o factura (según aplique). (8) Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iii) El pago correspondiente para el último mes de ejecución del contrato, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. |

CANCELADA

VALOR A DESEMBOLSAR

Yo, AIBINIA BONNETT en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos del pago comprendido de desembolso del 1 al 30 SEPTIEMBRE de la vigencia 2022, ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral, parafiscales y Proveedores en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Ciénaga

| Valor Cupo Mes | N° de cupos utilizados totalmente | Valor a Pagar 100% cupos utilizados | Valor (70.5%) del costo fijo, 1 cupos utilizados parcialmente ($325.742) | Valor total a Pagar 100% 9 cupos no utilizados ($462.045) | Valor Total Ejecutado |
|---|---|---|---|---|---|
| **$462.045** | **140** | **$64.686.300** | **$325.742** | **$4.158.405** | **$69.170.447** |

Del Rio

| Valor Cupo Mes | N° de cupos utilizados totalmente | Valor a Pagar 100% cupos utilizados | Valor (70.5%) del costo fijo, 4 cupos utilizados parcialmente ($325.742) | Valor total a Pagar 100% 1 cupos no utilizados ($462.045) | Valor Total Ejecutado |
|---|---|---|---|---|---|
| **$462.045** | **65** | **$30.032.925** | **$1.302.968** | **$462.045** | **$31.797.938** |

Fundación

| Valor Cupo Mes | N° de cupos utilizados totalmente | Valor a Pagar 100% cupos utilizados | Valor (70.5%) del costo fijo, cupos utilizados parcialmente ($325.742) | Valor total a Pagar 100% cupos no utilizados ($462.045) | Valor Total Ejecutado |
|---|---|---|---|---|---|
| **$462.045** | **40** | **$18.481.800** | **$-** | **$-** | **$18.481.800** |

CLASIFICADA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | En razón a ello, autorizo el pago de **CIENTO DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS M/L ($ 119.450.185)**, el desembolso se realizará por el rubro 11 Nación. | | |
| INFORMACION PRESUPUESTAL | **CDP:** **42922**<br>**COPROMISO:** **140322**<br>**RUBRO:** C-4102-1500-14-0-4102037-02<br>**RECURSO:** 11 | | |
| FECHA CERTIFICACION | DIA : 18 | MES: Noviembre | AÑO: 2022 |

**AIBINIA BONNETT PALACIO**
Supervisora Contrato N° 47002182022

Revisó y Aprobó: Aibinia Bonnett- Asistencia Técnica
Proyectó: Dayanis Mendez – Apoyo Financiero

CLASIFICADA

# FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

**NIT 900085882-9** CR 3 18 27 SEC RODADERO - TELEFONO: 4226815

# CUENTA DE COBRO 056

**FECHA: 09/11/2022**

INST.COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMIL **IDENT. /NIT:**899999239

DEBE A: FUNDACIOIN REHABILITACION INTEGRAL **IDENT. /NIT:**900085882-9

:

VENCIMIENTO: 30 DIAS 09/12/2022

COBRO DE AJUSTE DEL VALOR DEL CUPO CT 018 **MUNICIPIO:** SANTA MARTA

| SEDE DE EJCUCION | No de Cupos | VALOR CUPO COMPLETO | VALOR CUPO PARCIAL | VALOR NO EJECUTADO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **462.045** | **325.742** | **462.045** | |
| SEDE CIENAGA | No de Cupos | 140 | 1 | 9 | $ 69.170.447 |
| SEDE FUNDACION | | 40 | | | $ 18..481.800 |
| SEDE PIVIJAY | | 65 | 4 | 1 | $ 31.797.938 |
| **TOTAL** | | | | | **$ 119.450.185** |

**VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS** ……$ 119.450.185.00

**MENOS * INST.COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** $ 119.450.185.00

**DESCUENTOS APLICADOS** 00.000

**NETO A PAGAR:** EN LETRAS CIENTO DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO

OCHENTA Y CINCO PESOS MCTE

RESP. Recibi y Acepto.

## CERTIFICADO DE PAGO OPORTUNO AL PERSONAL CONTRATADO POR LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS

Santa marta, **OCTUBRE 31** DEL 2022

**SEÑORES:**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA**

Yo, ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 26.668.309 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad se encuentra a paz y salvo con la MODALIDAD DE APOYO – APOYO PSICOSOCIAL que se tiene a la fecha con el INTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF cumpliendo, con los profesionales vinculados por prestación de servicios y todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondientes al mes de **OCTUBRE** DEL 2022 dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de1993.

Atentamente,

ANGELICA MARIA ZAMORA ESCOBAR
C.C. 26.668.309
Representante Legal

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

SANTA MARTA, **OCTUBRE 31** DEL 2022

**SEÑORES:**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA**

Yo, **EDITH DEL CARMEN DIAZ ARRIETA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **49.606.015** de la ciudad de Valledupar, en mi calidad de **Revisor Fiscal** de la Entidad contratista **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL** identificada con NIT No. **900-085-882-9**. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondientes al mes de **OCTUBRE** de 2022, dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,

Edith Diaz Arrieta

Revisor Fiscal

CC:49.606.015

TP: 138362-T

FUNDACION REHABILITACIÓN INTEGRAL

**CONTRATO 218**

**SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIA DE BIENESTAR FAMILIAR Y**

**MODALIDAD INTERVENCION DE APOYO-APOYO PSICOSOCIAL**

BIENE FAMI

# CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO A PROVEEDORES

Santa Marta, **OCTUBRE 31** DEL 2022

**SEÑORES:**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA**

Yo, NELSON ENRIQUE DIAZ VASQUEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 12.597.371 del municipio de PLATO MAGDALENA, en mi calidad de Revisor Fiscal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT No. 900-085-882-9, manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al mes de **OCTUBRE** del año 2022.

Atentamente,

**NELSON DIAZ VASQUEZ**
**T.P. 56415**

**ANEXO:** Fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios expedido ante la Junta Central de Contadores, no ENERO a 30 días para la vigencia del contrato. *El certificado de antecedentes disciplinarios se solicita una sola vez al inicio del contrato.*

Teléfono 42[illegible]
www.frehabilitacionintegral.com
E-mail: secretaria@frehabilitacionintegral.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

Z632D2A3683446BC

**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 **NELSON ENRIQUE DIAZ VASQUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 12597371 de PLATO (MAGDALENA) Y Tarjeta Profesional No 56415-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Octubre de 2022 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**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



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

56415-T

NELSON ENRIQUE
DIAZ VASQUEZ
C.C. 12587371
RESOLUCION INSCRIPCION 186 FECHA 28/11/97
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Presidente

80062039



FIRMA DEL TITULAR

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.

013002

Teléfonos 422 6815
www.frehabilitacionintegral.com

E-mail: secretaria@frehabilitacionintegral.com Cr 3ª


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 12.597.371
DIAZ VASQUEZ
APELLIDOS
NELSON ENRIQUE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1969
PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-AGO-1988 PLATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2105200-00165547-M-0012597371-20080731
0014286735A 1
4670100032