Yo, **AIBINI 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	289	FECHA SUSCRIPCIÓN	2 (día)	diciembre (mes)	2022 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 2 (día) diciembre (mes) 2022 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2023 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			20 (día) septiembre (mes) 2023 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	9 DE 11
VALOR A PAGAR	$ 122.374.472,00	EN LETRAS	CIENTO VEINTIDÓS MILLONES TRESCIENTOS SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/L
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2023 (año)	HASTA	31 (día) agosto (mes) 2023 (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	1923	27	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	$ 122.374.472,00

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 son factura o cuenta de cobro con el valor total de los cupos ejecutados, certificado honorarios, certificado parafiscales, certificado paz y salvo proveedores, copia cedula, junta central de contadores , informe técnico -administrativo y financiero con los anexo que den cumplimiento a la obligación, el desembolso programado es por valor de $123.735.560 , se desembolso es de menor valor debido que NO se ejecutaron 8 cupos $ 1.361.088

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	122.374.472,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	122.374.472,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	122.374.472,00

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		20/09/2023

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**
47002892022 **2/12/2022**	**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 **MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE ($1.357.487.300).**
FORMA DE PAGO	El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: Dos giros de alistamiento uno por cada vigencia: (i) Para la vigencia 2022 realizar un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles a la legalización del contrato por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de diciembre, presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 3333 de 2015 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. Los recursos no ejecutados del alistamiento de diciembre deberán ser deberán ser reembolsados los primeros 15 días hábiles de enero de 2023 una vez aprobada la cuenta por parte del supervisor del contrato y adjuntando los soportes requeridos para la legalización de una cuenta de cobro. (ii)Para la vigencia 2023 el ICBF realizará un giro de alistamiento en los 10 primeros días hábiles del mes de enero de 2023 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de enero el contratista deberá entregar certificación del uso adecuado del alistamiento entregado en diciembre de 2022 expedido por el representante legal y el contador o revisor fiscal del operador y los exigidos en la resolución 3333 de 2015 (iii) Nueve (9) desembolsos mensuales vencidos para la vigencia 2023, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del pago mensual (según corresponda para la vigencia) 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 al mes de octubre, 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.

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

<table>
<tr><td>VALOR A DESEMBOLSAR</td><td>
Yo, AIBINIA BONNETT en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos del pago de legalización del mes de AGOSTO 1-31 de la vigencia 2023, 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
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor a Pagar 100% cupos utilizados</th><th>Valor por intervención, 3 utilizados parcialmente ($79.318)</th><th>Valor total a Pagar (70.5%) 5 cupos no utilizados ($335.514)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$475.906</td><td>144</td><td>$68.530.464</td><td>$237.954</td><td>$1.677.570</td><td>$70.445.988</td></tr>
</table>
Del Rio
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor a Pagar 100% cupos utilizados</th><th>Valor por intervención, - utilizados parcialmente ($79.318)</th><th>Valor total a Pagar (70.5%) 1 cupos no utilizados ($335.514)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$475.906</td><td>69</td><td>$32.837.514</td><td>$-</td><td>$335.514</td><td>$33.173.028</td></tr>
</table>
Fundación
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor a Pagar 100% cupos utilizados</th><th>Valor por intervención, utilizados - parcialmente ($79.318)</th><th>Valor total a Pagar (70.5%) 2 cupos no utilizados ($335.514)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$475.906</td><td>38</td><td>$18.084.428</td><td><b>$-</td><td>$671.028</td><td>$18.755.456</td></tr>
</table>
En razón a ello, autorizo el pago de CIENTO VEINTIDÓS MILLONES TRESCIENTOS SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/L ($ 122.374.472), el desembolso se realizará por el rubro 27 Propios.
</td></tr>
<tr><td>INFORMACION PRESUPUESTAL</td><td>CDP: 1923
COPROMISO: 1923
RUBRO: C-4102-1500-14-0-4102037-02
RECURSO: 27</td></tr>
<tr><td>FECHA CERTIFICACION</td><td>DIA : 20</td><td>MES: SEPTIEMBRE</td><td>AÑO: 2023</td></tr>
</table>

AIBINI BONNETT PALACIO
Supervisora Contrato N° 47002892022

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

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

Regional Magdalena
Av. Ferrocarril Cra.12 No.25-55
PBX: 437 7630 ext 564108

Línea gratuita nacional ICBF
01 8000 91 8080

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

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

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

CUENTA DE COBRO 081

FECHA: 07/09/2023

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

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

VENCIMIENTO: 30 DIAS 07/10/2023

PERIODO DE EJECUCION AGOSTO 2023 CT 4700**289**2022 **MUNICIPIO:** SANTA MARTA

SEDE DE EJCUCION	No de Cupos	VALOR CUPO COMPLETO	VALOR CUPO PARCIAL	VALOR NO EJECUTADO	VALOR TOTAL
		475.906	79.318	335.514	
SEDE CIENAGA	No de Cupos	144	3	5	$70.445.988
SEDE FUNDACION		38	0	2	$18.755.456
SEDE PIVIJAY		69	0	1	$33.173.028
TOTAL					$ 122.374.472

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS.....$ 122.374.472

MENOS * INST.COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
DESCUENTOS APLICADOS 00.000

NETO A PAGAR EN LETRAS: CIENTO VEINTIDÓS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/L

RESP.

Recibi y Acepto.

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
CONTRATO 289

BIENESTAR FAMILIAR

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

Santa marta, **AGOSTO 31 DEL 2023**

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 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, cancelando las cuentas de cobro previamente causadas y auditadas y certificadas para pago, de acuerdo con lo estipulado en el contrato vigente con profesionales y las obligaciones específicas clausula 4 forma de pago "La FUNDACIÓN REHABILITACION INTEGRAL, cancelará el valor total del presente de la siguiente manera: xxxx (x) pagos, cada uno por valor de $ xxxxxxxxxx. todo mes vencido, el pago se efectuará previa certificación del coordinador (a) presentación de los soportes por parte del CONTRATISTA, con lo siguiente: 1) Informe mensual de la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de sesiones atendidas, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos, avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención.2)Planilla de usuarios (as) atendidos;3) Pago al Sistema de Seguridad Social de acuerdo con la normatividad vigente; **(artículo 50 ley 789)** 4)Cuenta de cobro por los servicios prestados;5)Matriz de Seguimiento Proceso de Atención,6)Cumplimiento del PYIC"

Con los profesionales contratados para ejecución del CT 470002892022 **MODALIDAD DE INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL** vigente entre la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL a la fecha con el INTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

El presente certificado se expide dando cumplimiento al **decreto 2650 de1993**. Por el cual se busca la uniformidad en el registro de las operaciones económicas realizadas, con el fin de permitir la transparencia de la información contable y por consiguiente, su claridad, confiabilidad y comparabilidad, NIIF

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, **AGOSTO 31 DEL 2023**

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIARREGIONAL 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 AGOSTO de 2023, 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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 49606015
DIAZ ARRIETA
APELLIDOS
EDITH DEL CARMEN
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1981
PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-OCT-1999 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
138362-T
EDITH DEL CARMEN
DIAZ ARRIETA
C.C. 49606015
RESOLUCION INSCRIPCION 308
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FECHA 27/11/2008
PRESIDENTE
LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ
148413


FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el unico 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 Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 49606015
DIAZ ARRIETA
APELLIDOS
EDITH DEL CARMEN
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1981
PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-OCT-1999 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO