Yo, **KAREN EGUIS MOLINA**

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 | 310 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 5 (día) | diciembre (mes) | 2022 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 5 (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 | 23 (día) octubre (mes) 2023 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 10 | DE | 11 |
| VALOR A PAGAR | $ 108.532.683,00 | EN LETRAS | CIENTO OCHO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESO MCTE | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2023 (año) | HASTA | 30 (día) septiembre (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 | 2123 | 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 | $ 108.532.683,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 | 780154290 | 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 $111.385.601 , se desembolso es de menor valor debido que no se ejecutaron 20 cupos $ 2.852.918

**4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | $ 108.532.683,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 108.532.683,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 108.532.683,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| KAREN EGUIS MOLINA | SUPERVISORA | MAGDALENA | ASISTENCIA TÉCNICA | |
| **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 | ASISTENCIA TÉCNICA | |

**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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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** |
| **47003102022**<br><br>**5/12/2022** | **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 EL **SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO**, 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 DOSCIENTOS VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UNO PESOS MCTE ($1.221.997.331).** |
| 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. |
| VALOR A DESEMBOLSAR | Yo, KAREN EGUIS MOLINA en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos del pago del mes de SEPTIEMBRE 1-30 de la vigencia 2023, ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral, parafiscales y |



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></td><td>Proveedores en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.<br><br>
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor a Pagar cupos utilizados</th><th>Valor por 10 intervenciones utilizados parcialmente ($75.876)</th><th>Valor total a Pagar (70.5%) 20 cupos no utilizados ($213.970)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$303.503</td><td>341</td><td>$103.494.523</td><td>$758.760</td><td>$4.279.400</td><td>$108.532.683</td></tr>
</table>
<br>En razón a ello, autorizo el pago de CIENTO OCHO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESO MCTE ($108.532.683), el desembolso se realizará por el rubro Nación 27.</td></tr>
<tr><td>INFORMACION PRESUPUESTAL</td><td>CDP: 2123<br>COPROMISO: 2123<br>RUBRO: C-4102-1500-14-0-4102037-02<br>RECURSO: 27</td></tr>
<tr><td>FECHA CERTIFICACION</td><td>DIA : 23</td><td>MES: OCTUBRE</td><td>AÑO: 2023</td></tr>
</table>

**KAREN EGUIS MOLINA**
Supervisora ( E ) de Contrato 47003102022

Revisó y Aprobó: KAREN EGUIS MOLINA – Coordinadora GAT
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.**

# FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

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

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

## CUENTA DE COBRO 82

**FECHA:** 6/10/2023

INST.COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMIL **IDENT. / NIT:** 899999239
DEBE A: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL **IDENT. /NIT:** 900085882-9
:

VENCIMIENTO: 30 DIAS 06/11/2023

CONT -310 **MUNICIPIO:** SANTA MARTA

EJECUCION DEL PERIODO SEPTIEMBRE -2023

| Cupo | VALOR CUPO | No de CUPOS | TOTAL VALOR CUPOS |
|---|---|---|---|
| VALOR CUPO COMPLETO | $ 303.503 | 341 | $103.494.523 |
| VALOR CUPO PARCIAL | $ 75.876 | 10 | $758.760 |
| VALOR CUPO NO EJECUTADO | $ 213.970 | 20 | $4.279.400 |
| TOTALES | | | **$108.532.683** |

**VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS**.....
**MENOS * INST.COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**

**DESCUENTOS APLICADOS** 00.000

**NETO A PAGAR** EN **LETRAS: CIENTO OCHO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/L**

RESP. Recibi y Acepto.

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

**FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL**
**CONTRATO 310**

BIENESTAR FAMILIAR

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

Santa marta, **SEPTIEMBRE 30 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 470003102022 **SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO** 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 Lega

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

SANTA MARTA, **SEPTIEMBRE 30 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 **SEPTIEMBRE** 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

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

CONTRATO 310

BIENESTAR FAMILIAR

**CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO A PROVEEDORES**

Santa Marta, **SEPTIEMBRE 30** DEL 2023

**SEÑORES:**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONALMAGDALENA**

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 **SEPTIEMBRE** del año 2023.

Atentamente,

**NELSON DÍAZ 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.*

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
9EC6254 5B78DB99C

**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 **EDITH DEL CARMEN DIAZ ARRIETA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 49606015 de VALLEDUPAR (CESAR) Y Tarjeta Profesional No 138362-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 25 días del mes de Agosto de 2023 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