Yo, **PAOLA ANDREA NARVAEZ MEJIA**

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	FUNDACION MARIA VALENTINA				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900977312		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	52004012024	FECHA SUSCRIPCIÓN	11 junio 2024 (día mes año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESD 11 junio 2024 (día mes año)	HASTA	10 agosto 2024 (día mes año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	17 junio 2024 (día mes año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	1	DE	2
VALOR A PAGAR	$ 85.174.200	EN LETRAS	Ochenta y Cinco Millones Ciento Setenta y Cuatro Mil Doscientos Pesos. M/cte		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 11 junio 2024 (día mes año)	HASTA	10 julio 2024 (día mes año)		

2.1 AFECTACION PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	221724	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123		$ 85.174.200

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 BOGOTA	NÚMERO DE CUENTA	693210320	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

40 cupos ALISTAMIENTO, se anexa; Cuenta de cobro, certificado de parafiscales, seguridad en Salud y Proveedores, Fotocopia de cedula y Tarjeta Profesional de Revisor Fiscal, pantallazo de secop, autorizacion de pago.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	85.174.200
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	85.174.200 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	85.174.200

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
PAOLA ANDREA NARVAEZ MEJIA	PROFESIONAL ESPECIALIZADA	41-06-00-052	CENTRO ZONAL PASTO UNO	Paola Narváez

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LUIS ALBERTO JURADO VILLARREAL	TECNICO ADMINISTRATIVO	41-06-00-052	CENTRO ZONAL PASTO UNO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS

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

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

	FUNDACION MARIA VALENTINA	NIT. 900.977.312-0
	AREA FINANCIERA	
	CUENTA DE COBRO No. 1 DE 2 DESEMBOLSOS	Fecha de Elaboración 17 de JUNIO - 2024

SEÑORES INSTITUTO COLOMBIANO DE BINESTAR FAMILIAR REGIONAL NARIÑO SE PRESENTA

CUENTA DE COBRO ASI:

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BINESTAR FAMILIAR

CON NIT NUMERO 899.999.239-2

DEBE A LA FUNDACION MARIA VALENTINA Con Numero de Nit: 900.977.312 – 0 ubicada en la Cra 36 No. 12 – 55 la Castellana en el municipio de Pasto por concepto de SERVICIO DE ATENCION EN SITUACION DE VULNERACION EN MODALIDAD INTERNADO CONTRATO No. 52004012024, CORRESPONDIENTE AL PAGO POR ALISTAMIENTO MES JUNIO DE 2024

CONTRATO No. 52004012024

CUENTA DE COBRO No. 1 DE 2 DESEMBOLSOS

NO SOMOS RESPONSABLES DE IMPUESTO – IVA

VALOR DE DESEMBOLSO OCHENTA Y CINCO MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($85.174.200,00)

CUPOS	CANTIDAD	VALOR CUPO	TOTAL
CUPOS ATENDIDOS	40	2.129.355,00	85.174.200,00
PARCIALMENTE ATENDIDOS	0	0	0
COSTO FIJO %	63,2%	0	0
VALOR PAGADO POR ALISTAMIENTO	0	0	0
VALOR A CONSIGNAR POR ICBF	0	0	85.174.200,00
VALOR A LIBERAR	0	0	0

PERIODO QUE CORRESPONDE EL PAGO: PAGO POR ALISTAMIENTO MES JUNIO 2024.

Se firma en San Juan de Pasto, 17 de Junio 2024.

MARIA JIMENA GUZMAN BRAVO
Representante Legal – Fundación Maria Valentina

Yo, MARIA FERNANDA MUÑOZ RAMIREZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 36.751.027 de Pasto (Nariño), en mi calidad de REVISOR FISCAL de la FUNDACION MARIA VALENTINA con NIT 900.977.312-0

CERTIFICO:

Que efectuado los procedimientos de revisión con el propósito de verificar el pago efectuado por la FUNDACION MARIA VALENTINA por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de compensación familiar, instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para el **contrato No. 52004012024** modalidad Internado suscrito con ICBF – Regional Nariño, durante el periodo de seis (6) meses anteriores a la presente fecha; El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la fundación maría Valentina como parte de su gestión.

Que la Fundación María Valentina durante el periodo de seis (6) meses anteriores a la presente fecha, se encuentra al día en los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales y a las cajas de Compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002.

Que la Fundación María Valentina se encuentra al día en el pago de los sueldos u honorarios, según vinculación laboral.

Que la Fundación María Valentina ha suministrado a cabalidad los elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de labores al personal.

Para constancia se expide la presente certificación a los diez y siete (17) días del mes de junio de 2024.

Atentamente,

MARIA FERNANDA MUÑOZ RAMIREZ
Revisor Fiscal- FUNDACION MARIA VALENTINA
T.P. 101354- T

Calle 2 Sur No 22-46 - Cra 36 No. 12-55 la Castellana
Tel. 602-7351310 San Juan de Pasto, Colombia
fundacionmariavalentina@gmail.com

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

San Juan de pasto, Junio 17 de 2024

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL NARIÑO

Yo, **MARIA FERNANDA MUÑOZ RAMIREZ**, con Tarjeta Profesional 101354-T, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad **FUNDACION MARIA VALENTINA** identificada con NIT No. 900.977.312-0, Manifiesto bajo la 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 a junio 2024,

Atentamente,

MARIA FERNANDA MUÑOZ RAMIREZ
Revisor Fiscal- FUNDACION MARIA VALENTINA
T.P. 101354- T

Calle 2 Sur No 22-46 - Cra 36 No. 12-55 la Castellana
Tel. 602-7351310 San Juan de Pasto, Colombia
fundacionmariavalentina@gmail.com