Yo, **SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**

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 POR UN NUEVO VIVIR | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900415674 | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 27005642024 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 30 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | RESPONSABLE DEL IMPUESTO | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 23 (día) enero (mes) 2025 (año) | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 3 | DE | 19 |
| VALOR A PAGAR | $ 188.172.900,00 | EN LETRAS | CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE (día / mes / año) | HASTA (día / mes / año) | 265724 | | |

**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 INTEGRAL | 2625 | 10 | C-4602-1500-9-704080-4602020-02 | 162 - SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA | A-02-02-02-009-002-01 | $ 188.172.900,00 |
| | | | | | | |

**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: | BOGOTA | NÚMERO DE CUENTA | 378255871 | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

**4. ANTICIPOS**

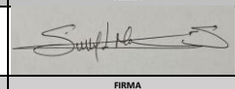
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - A | EN LETRAS | | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | CUOTA NÚMERO | | DE | |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

**PAGO CORRIENTE**

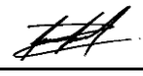
| | | | |
|---|---|---|---|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ | 188.172.900,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 188.172.900,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 188.172.900,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ | SUPERVISORA | CHOCO | ISTMINA |  |

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA | PROFESIONAL CONTRATISTA | CHOCO | ISTMINA |  |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| VILMA MARIA TRUJILLO VALENCIA | COORDINACION GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA | | |

**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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

42002

## CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

## LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL CONTRATO Nº 27005652024 DEL 30/12/2024

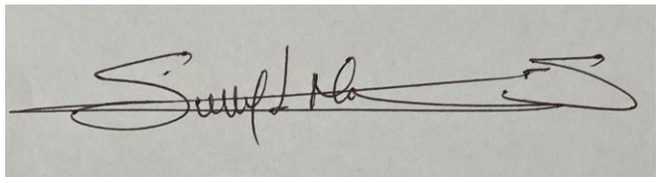
## CERTIFICA

Que, verifico los documentos que a continuación relaciono presentados por el operador **FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR con NIT 900415764-0** establecidos en la resolución 5360 de 2023 artículo 2 y clausula SEXTA: Forma de desembolso de los aportes ICBF para el trámite del **TERCER DESEMBOLSO**, para atención a beneficiarios y que dichos Centro Zonal Istmina

a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. en con concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras**. b)** Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. **c)** Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior. **d)** Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos). **e)** Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia, y la dotación de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). **f)** Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva

toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el seguimiento según los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos de la Modalidad y Guías Operativas del servicio correspondiente. **g)** Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia. **h)** Registro Mensual de Asistencia -RAM – en el instrumento que defina el ICBF según la atención. **i)** Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamientos a familias y cualificación del talento humano **j)** Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario. **k)** Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales

Se expide en Istmina, a los 23 días del mes de enero de 2025

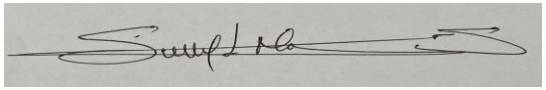


SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ
Supervisora

Elaboro: ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA Contratista

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATRATIVO DE LA PROSPERIDAD SOCIAL**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**CECILIA DE LA FUENTA DE LLERAS**
**REGIONAL CHOCO**
**CENTRO ZONAL ISTMINA**
**PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR**
**REPORTE 1**
**TERCER DESEMBOLSO**

| CONTRATO | ENTIDAD CONTRATISTA | UNIDADES | CUPOS | VALOR LIQUIDADO | DESCUENTO POR COBERTURA NO ATENDIDA | POLIZA | VALOR GIRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27005652024 | FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR | 16 | 214 | 76.059.729 | - | | 76.059.729 |
| | POLIZA | | | | - | | - |
| TOTAL | | **16** | **214** | **76.059.729** | **-** | **-** | **76.059.729** |
| **SON** | **SETENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCT** | | | | | | |
| NOTA | EL DESCUENTO DE | | | | | | |



**SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**
**Supervisora/Coordinadora CZ Istmina**

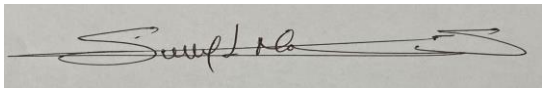


ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA
Enlace de Seguimiento ejecucion Financiera

Elaboro Maria del Carmen Mosquera

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATRATIVO DE LA PROSPERIDAD SOCIAL**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**CECILIA DE LA FUENTA DE LLERAS**
**REGIONAL CHOCO**
**CENTRO ZONAL ISTMINA**
**PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR**
**REPORTE 5**
**TERCER DESEMBOLSO**

| CONTRATO | ENTIDAD CONTRATISTA | NIT | REPRESENTANTE LEGAL | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE CUENTA | BANCO | VALOR A GIRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27005642024 | FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR | **900415764-0** | YULIETH YAMERLY RENTERIA MOSQUERA | AHORROS | 378255871 | BOGOTA | 76.059.729 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | 76.059.729 |
| **SON** | **SETENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCT** | | | | | | |



**SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**
**Supervisora/Coordinadora CZ Istmina**



ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA
Enlace de Seguimiento ejecucion Financiera

Elaboro Maria del Carmen Mosquera

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**DEPARTAMENTO ADMINISTRATRATIVO DE LA PROSPERIDAD SOCIAL**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**CECILIA DE LA FUENTA DE LLERAS**
**REGIONAL CHOCO**
**CENTRO ZONAL ISTMINA**
**PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR**
**REPORTE 6**

**TERCER DESEMBOLSO**

| CONTRATO | ENTIDAD CONTRATISTA | NIT | CONCEPTO | VALOR LIQUIDADO | DESCUENTO POR COBERTURA NO ATENDIDA | NIVELACION | VALOR NETO A GIRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27005642024 | FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR | **900415764-0** | | | | | - |
| | **IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL** | C-4602-1500-9-704080-4602020-02 | | **76.059.729** | - | | **76.059.729** |
| | **IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL** | C-4602-1500-9-704020-4602020-02-166 | POLIZA | | | | - |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | - |
| **TOTAL** | | | | **76.059.729** | - | - | **76.059.729** |
| **SON** | **SETENTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCT** | | | | | | |
| NOTA | | | | | | | |

**SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**
**Supervisora/Coordinadora CZ Istmina**

ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA
Enlace de Seguimiento ejecucion Financiera

Elaboro Maria del Carmen Mosquera

NIT 900.415.764-0

CUENTA DE COBRO N° 003

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL CHOCO – CZ ISTMINA
NIT 899.999.239-2

DEBE A:

FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT 900.415.764-0

LA SUMA DE: CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE $188.172.900

1. Valor Programado Para Desembolso $188.172.900

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios para la atención a la primera infancia en los Hogares Comunitarios de Bienestar HCB, en la modalidad comunitaria y el servicio HCB Familia Mujer e infancia – FAMI, tercer desembolso contrato 565-2024, para la atención del mes de febrero el municipio de Istmina.

Ciudad y fecha: Istmina, enero de 2025

Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

**YULIETH YAMERLY RENTERIA MOSQUERA**
C.C. No 1.076.320277 de Istmina
Representante Legal

NIT 900.415.764-0

Quibdó, enero de 2025

Señores:

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Choco

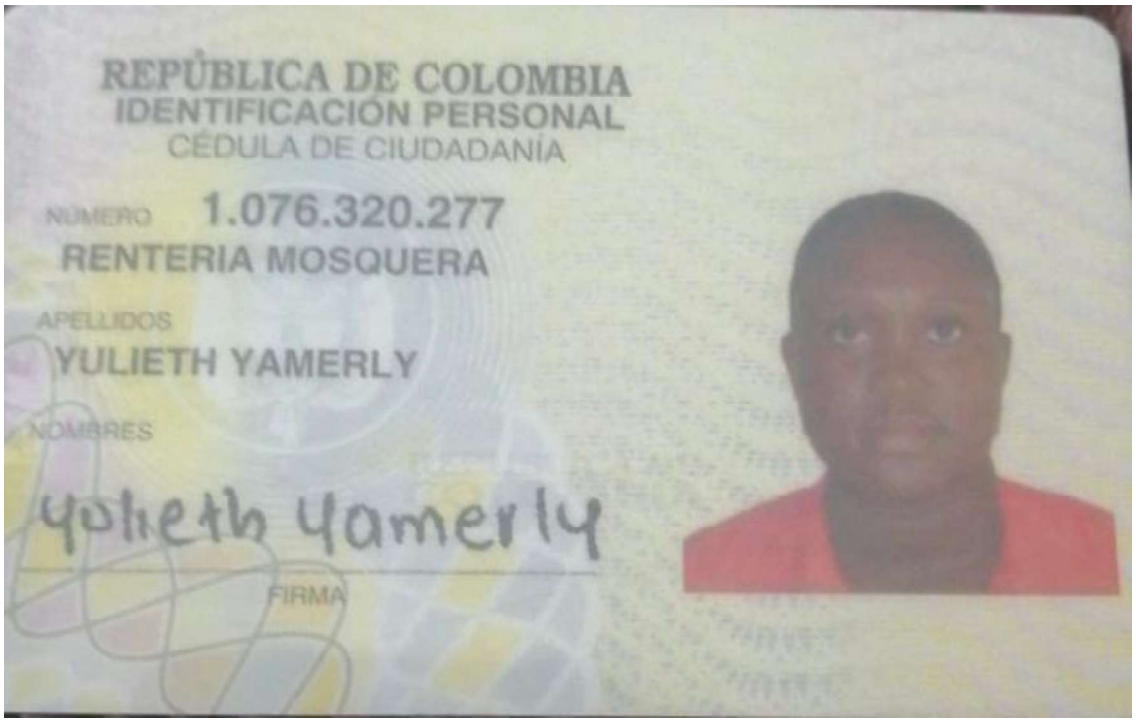
Cuidad

**CERTIFICADO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**

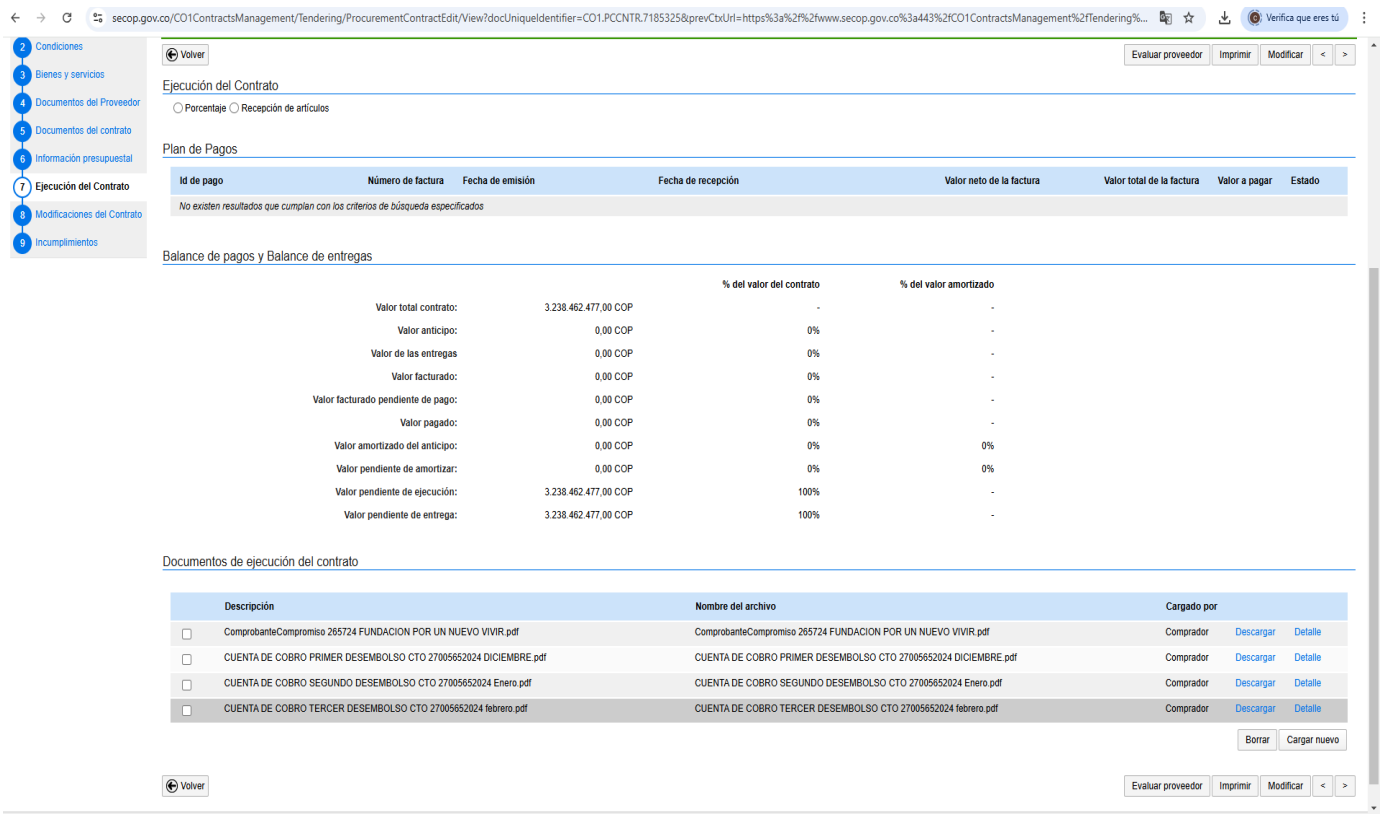
Yo, **YULIETH YAMERLY RENTERIA MOSQUERA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 54.258.590 de Quibdó, en mi calidad de Representante Legal **FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR,** identificada con NIT No. 900.415.764-0, bajo la gravedad del juramento manifiesto, que el Operador del Servicio**,** ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002.

Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

**YULIETH YAMERLY RENTERIA MOSQUERA**
C.C. No 1.076.320277 de Istmina
Representante Legal


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.076.320.277
RENTERIA MOSQUERA
APELLIDOS
YULIETH YAMERLY
NOMBRES
yolieth yamerly
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1984
ISTMINA
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
17-FEB-2004 ISTMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
P-1701900-01228089-F-1076320277-20210419
0074135997A 1
9915390413


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.7185325&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1ContractsManagement%2fTendering%...
Verifica que eres tú
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Volver
Evaluar proveedor
Imprimir
Modificar
< >
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor neto de la factura
Valor total de la factura
Valor a pagar
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Balance de pagos y Balance de entregas
% del valor del contrato
% del valor amortizado
Valor total contrato: 3.238.462.477,00 COP - -
Valor anticipo: 0,00 COP 0% -
Valor de las entregas 0,00 COP 0% -
Valor facturado: 0,00 COP 0% -
Valor facturado pendiente de pago: 0,00 COP 0% -
Valor pagado: 0,00 COP 0% -
Valor amortizado del anticipo: 0,00 COP 0% 0%
Valor pendiente de amortizar: 0,00 COP 0% 0%
Valor pendiente de ejecución: 3.238.462.477,00 COP 100% -
Valor pendiente de entrega: 3.238.462.477,00 COP 100% -
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
ComprobanteCompromiso 265724 FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR.pdf ComprobanteCompromiso 265724 FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR.pdf Comprador Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO PRIMER DESEMBOLSO CTO 27005652024 DICIEMBRE.pdf CUENTA DE COBRO PRIMER DESEMBOLSO CTO 27005652024 DICIEMBRE.pdf Comprador Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO SEGUNDO DESEMBOLSO CTO 27005652024 Enero.pdf CUENTA DE COBRO SEGUNDO DESEMBOLSO CTO 27005652024 Enero.pdf Comprador Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO TERCER DESEMBOLSO CTO 27005652024 febrero.pdf CUENTA DE COBRO TERCER DESEMBOLSO CTO 27005652024 febrero.pdf Comprador Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Volver
Evaluar proveedor
Imprimir
Modificar
< >