Yo, **IVONNE JOHANNA CELIS HERRERA**

en mi calidad de SUPERVISORA, INTERVENTORA O INTERLOCUTORA 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 AMIGOS DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD PARA SU INCLUSION EN LA COMUNIDAD					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	804006026			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	68007762024	FECHA SUSCRIPCIÓN	23 (día)	septiembre (mes) 2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 23 (día) septiembre (mes) 2024 (año)	HASTA	13 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	10 (día) diciembre (mes) 2024 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Cuentas por pagar	PAGO No:	2	DE	3
VALOR A PAGAR	$ 62.329.290,00	EN LETRAS	SESENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 8 (día) octubre (mes) 2024 (año)	HASTA	7 (día) noviembre (mes) 2024 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
PROMOCION Y PREVENCION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS	252324	10	C-4602-1500-9-704020-4602021-02	152	02-02-02-009-002-09	$ 31.963.738
APOYO PARA EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE VIDA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	252324	10	C-4602-1500-9-704020-4602021-02	153	02-02-02-009-002-09	$ 30.365.552
TOTAL						$ 62.329.290

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 DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	46001078560	TIPO DE CUENTA	AHORROS

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	$	62.329.289,50
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	62.329.289,50 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	62.329.289,50

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
IVONNE JOHANNA CELIS HERRERA	COORDINADORA	REGIONAL/ SANTANDER	CZ CARLOS LLERAS RESTREPO	

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
CLAUDIS MARCELA HIGUAVITA CONTRERAS	CONTRATISTA- APOYO AL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION FINANCIERA	REGIONAL/ SANTANDER	CZ CARLOS LLERAS RESTREPO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
IVONNE JOHANNA CELIS HERRERA	CZ CARLOS LLERAS RESTREPO		10/12/2024

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

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

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL CARLOS LLERAS RESTREPO
CERTIFICA

Que el operador, **FUNDACION AMIGOS DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD PARA SU INCLUSION EN LA COMUNIDAD con NIT 804.006.026** cumplió con el objeto del Contrato de Aportes No 68007762024 suscrito el 23 de septiembre de 2024. Objeto: PROMOVER EL RECONOCIMIENTO, LA GARANTÍA Y LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS DE NIÑAS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD ENTRE LOS SEIS (6) Y TRECE (13) AÑOS, Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD ENTRE LOS CATORCE (14) Y DIECISIETE (17) AÑOS ONCE (11) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS, EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL, TERRITORIAL Y DE MAYOR EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES, PARA QUE CONTRIBUYAN COMO AGENTES DE CAMBIO A LA PROTECCIÓN INTEGRAL YA LA CONSTRUCCIÓN DE GENERACIONES PARA LA VIDA Y PARA LA PAZ.

El Operador da cumplimiento a las siguientes actividades aprobadas para la ejecución del **Segundo desembolso del valor del aporte del ICBF,** previa aprobación de la supervisora contra servicio efectivamente prestado y previa presentación de los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación por parte de la supervisora del contrato, de los siguientes documentos:

1) Informe mensual sobre la prestación del servicio en el formato establecido en el Manual Operativo de la Modalidad.

2) Planilla de participantes atendidos con registro de atención diaria.

3) Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados.

4) Reporte de cargue en el sistema de información que defina el ICBF.

5) Informe de seguimiento financiero mensual de Ingresos y Gastos.

6) Certificado de cumplimiento de pago de obligaciones laborales, pago a proveedores y contratistas.

7) Certificación emitida por el Revisor Fiscal, Contador o representante legar según sea el caso sobre el cumplimiento de pago al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales

Por lo anterior, se emite la presente certificación para tramitar el **SEGUNDO DESEMBOLSO** (desde el 08 de octubre hasta el 07 de noviembre de 2024) Desembolso correspondiente al valor del aporte del ICBF. Por concepto del

primer mes de atención el cual se realizará, por valor total **SESENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($ 62.329.290)**

Los recursos 2024 se encuentran respaldados mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal: CDP No. **109724** del **29/08/2024**, expedida por el Grupo Financiero de la Regional Santander. Valores definidos con base en el valor establecido como Costo Cupo Mes por parte de la Sede de la Dirección General.

PARÁGRAFO PRIMERO: Los recursos públicos que reciba la entidad sin ánimo de lucro debido al contrato de aporte se usarán únicamente para el cumplimiento del objeto de este. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El ICBF también realizará un aporte en especie para la atención de los participantes, representado en el Alimento de Alto Valor Nutricional (AANV) suministrado en los términos indicados en el contrato.
Los pagos se realizarán previa presentación de la factura correspondiente, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor.
De acuerdo con el informe de supervisión se certificó que el contratista no se encuentra obligado a acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
Los anteriores documentos se verificaron en el centro zonal Carlos Lleras Restrepo por el área técnica a cargo de **SILVIA NATALIA CABALLERO ALFONSO,** las obligaciones **COMPONENTE TÉCNICO**, **COMPONENTE** y área de apoyo financiero **CLAUDIA MARCELA HIGUAVITA** obligaciones componente financiero**,** área de salud y nutrición a cargo de **ZULMA DULFARY DIAFF VALDERRAMA**

Se expide en Bucaramanga a los diez (10) días del mes de diciembre de 2024.

IVONNE JOHANNA CELIS HERRERA
Coordinadora Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo
Regional Santander

Aprobó: IVONNE JOHANNA CELIS HERRERA – Coordinadora - Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo – Regional Santander.
Revisó: Claudia Marcela Higuavita - Contratista - Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo – Regional Santander.
Silvia Natalia Caballero Alfonso - Contratista - Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo – Regional Santander

FANDIC
NIT 804.006.026-5
CR 25 8N 43 REGADERO NORTE
Tel: (607) 6402121
Bucaramanga - Colombia
fundacion.fandic@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 72

Señores	INSITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		
NIT	899.999.239-2	**Teléfono**	(601) 4377630 - Ext. 000
Dirección	Avenida Cra. 68 No.64C-75	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	10/12/2024, 11:05
Expedición	10/12/2024, 11:06
Vencimiento	10/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CONTRATO 68007762024 ATRAPASUEÑOS DE APOYO ICBF FANDIC DESEMBOLSO ETAPA DE ATENCION	1.00	62,329,290.00	62,329,290.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Sesenta y dos millones trescientos veintinueve mil doscientos noventa pesos m/cte

Total Bruto	62,329,290.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	62,329,290.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-10 por $ 62,329,290.00

Observaciones:
VALOR ETAPA PRIMER MES DE ATENCION SEGUN CONTRATO 68007762024
CONVENIO ICBF - FANDIC MODALIDAD ATRAPASUEÑOS DE APOYO

Orden de compra: -

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764078346976 aprobado en 20240829 prefijo FE desde el número 71 al 500 Vigencia: 12 Meses**
- Actividad Económica 8692 Actividades de apoyo terapéutico Tarifa
CUFE: 0fe4f1bad0d23c92f9636d17740ccf909ac4739b93e5ff039948e2598eba9e6c407fe08cb5db2c69278d6e1699816496

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Bucaramanga, 10 de diciembre de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Santander
Ciudad.

Asunto: Certificado de cumplimiento de pago a proveedores

OLGA LUCIA SANTAMARIA PINZON, identificada con la Cédula de Ciudadanía No 63.363.392 de Bucaramanga, como Representante Legal y MAURICIO CORREA ARDILA identificado con cedula de ciudadanía No. 91.474.340 de Bucaramanga como Revisor Fiscal, de la FUNDACION AMIGOS DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD PARA SU INCLUSION EN LA COMUNIDAD "FANDIC" con el Nit. 804.006.026-5, manifestamos que esta entidad se encuentra a paz y salvo con todos sus proveedores de bienes y servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución.

Certificación dada para el Contrato de aportes 68007762024 Modalidad Atrapasueños Apoyo en el municipio de Bucaramanga.

Cordialmente,

OLGA LUCIA SANTAMARIA PINZON
C.C. 63.363.392 de Bucaramanga
Representante Legal

Mauricio Correa Ardila
C.C. 91.474.340 de Bucaramanga.
T.P. No. 121448 – T

Bucaramanga, 10 de diciembre de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Santander
Ciudad.

Asunto: Certificado de cumplimiento de pago al sistema de seguridad social en salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que la FUNDACION AMIGOS DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD PARA SU INCLUSION EN LA COMUNIDAD “FANDIC” con el Nit. 804.006.026-5 ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales; y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaramos que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud - EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARL-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. durante los últimos seis (06) meses.

Así mismo, conforme a lo previsto en la Ley 1393 de 2010 en su artículo 26 que indica “La celebración y cumplimiento de las obligaciones derivadas de contratos de prestación de servicios estará condicionada a la verificación por parte del contratante de la afiliación y pago de los aportes al sistema de protección social, conforme a la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional” certificamos que el personal vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios se encuentra al día en el pago de Seguridad Social.

Certificación dada para el Contrato de aportes 68007762024 Modalidad Atrapasueños Apoyo en el municipio de Bucaramanga.

Cordialmente,

OLGA LUCIA SANTAMARIA PINZON
C.C. 63.363.392 de Bucaramanga
Representante Legal

Mauricio Correa Ardila
C.C. 91.474.340 de Bucaramanga.
T.P. No. 121448 – T