



Yo,

YUDIS PATRICIA DIAZ TORRES

en mi calidad de SUPERVISOR, 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 SOCIAL AMIRA DE LA ROSA

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN

Nit

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

900789090

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE

CONTRATO

NÚMERO DOCUMENTO FUENTE

3252020

FECHA SUSCRIPCIÓN

30

marzo

2020

día

mes

año

PLAZO DE EJECUCIÓN

DESDE

1

abril

2020

día

mes

año

HASTA

30

noviembre

2020

día

mes

año

RÉGIMEN TRIBUTARIO

NO REPERSONABLE DEL IMPUESTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

18

JUNIO

2020

día

mes

año

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:

Vigencia

PAGO No:

2

DE

4

VALOR A PAGAR

\$ 34.226.920,00

EN LETRAS

Treinta y Cuatro Millones Doscientos Veintiseis Mil Novecientos Veinte pesos M/C

PERÍODO DE PAGO

DESDE

1

junio

2020

día

mes

año

HASTA

31

julio

2020

día

mes

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 | 85720 | 10      | C-4102-1500-18-0-4102002-02 SERVICIO DE EDUCACIÓN COMUNITARIO - SERVICIO DE ATENCIÓN TRADICIONAL | 162                                 | 02-02-02-009-002-01 | \$ 34.226.920,00 |

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:

BCSC S A

NÚMERO DE CUENTA

21003466581

TIPO DE CUENTA

CORRIENTE

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

\$ 34.226.920,00

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA

VALOR

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA

VALOR

TOTAL PAGO CORRIENTE

VALOR

\$ 34.226.920,00

B

TOTAL A PAGAR (A+B)

VALOR:

\$ 34.226.920,00

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO |             |                          |             |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|-------|
| NOMBRE                                                          | CARGO       | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
| YUDIS PATRICIA DIAZ TORRES                                      | SUPERVISORA | BOLIVAR                  | CZ MAGANGUE |       |
| 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 |
| DRINY ACOSTA BELTRAN                                   | CONTRATISTA | BOLIVAR            | CZ MAGANGUE |       |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC |                             |       |                    |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|--------------------|
| NOMBRE                        | ÁREA                        | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
| ANDREA BONFANTE INSIGNARES    | 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 |
|                                                             |                     |                   |       |



# FUNDACION SOCIAL AMIRA DE LA ROSA

## NIT. 900.789.090-4

Carrera 22 No 85 27  
E-mail: funsar013@gmail.com  
Res.DIAN No 18762013839802 de fecha 2019/04/03

REGIMEN COMUN  
Numeración Autorizada 1 al 2000  
Celular : 302-2897095

Act. economica: 8511 - 9499

**FACTURA DE VENTA No.**

**FAD 21**

|                                                            |                                       |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>CLIENTE:</b> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | <b>NIT:</b> 899.999.239-2             |
| <b>DIRECCION:</b> AVENIDA COLOMBIA No 6-36                 | <b>TELEFONO:</b> 6875032              |
| <b>CIUDAD:</b> BARRANQUILLA                                | <b>FECHA DE EXPEDICION:</b> 3-jun-20  |
|                                                            | <b>FORMA DE VENCIMIENTO:</b> 3-jun-20 |

| DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | IVA | TOTAL      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----|------------|
| SEGUNDO DESEMBOLSO DEL CONTRATO DE APORTES No 325 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCH Y HOGARES. COMUNITARIOS DE BIENESTAR AGRUPADOS (MUNICIPIO DE TIQUISIO-CENTRO ZONAL MAGANGUÉ). ESTE SEGUNDO DESEMBOLSO CORRESPONDE A LA ATENCIÓN DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL DIA 01 DE JUNIO AL 31 DE JULIO DE 2020. | 1        | 34.226.920     |     | 34.226.920 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                |     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                |     |            |

VALOR EN LETRAS

**TREINTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/L.**

|                    |            |
|--------------------|------------|
| SUB TOTAL GENERAL  | 34.226.920 |
| IVA (RP 201902178) |            |
| RETEFUENTE         |            |
| RETEICA            |            |
| RETEIVA            |            |
| TOTAL FACTURA      | 34.226.920 |

Firma Responsable  Recibido Por \_\_\_\_\_

Herlin Henao Y/O Centro de copiado Shama Nit: 22436762-6 Tel.: 3172165



Nit : 900789090

# FUNDACIÓN SOCIAL AMIRA DE LA ROSA

Barranquilla, junio 03 de 2.020

Señores  
ICBF – Regional Bolívar  
Ciudad

Respetados señores:

El Revisor Fiscal, hace saber que **LA FUNDACIÓN SOCIAL AMIRA DE LA ROSA, NIT 900.789.090-4** luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia certifico que esta Entidad ha cumplido y se encuentra al día **durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación**, con los pagos de sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato laboral.

Así mismo, **certifico que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL hasta la fecha de presentación de esta certificación.**

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007

Atentamente,

*Kelly Silva*

R. Legal

Correo: [amiradelarosabolivar@gmail.com](mailto:amiradelarosabolivar@gmail.com)

Dirección: Sede administrativa Cra 23 #64 - 11 San Felipe  
Correo: [Funsar85@gmail.com](mailto:Funsar85@gmail.com) / Tel: 3355592

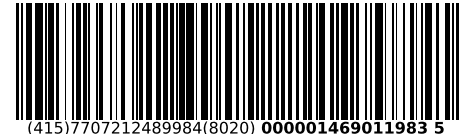
[www.amiradelarosa.org](http://www.amiradelarosa.org)



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14690119835



(415)7707212489984(8020) 000001469011983 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

9 0 0 7 8 9 0 9 0 - 4

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

1 6

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados  
67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

2

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento                    | 1. Constitución | 2. Reforma |
|------------------------------|-----------------|------------|
| 71. Clase:                   | 0 1             |            |
| 72. Número:                  | 1               |            |
| 73. Fecha:                   | 2 0 1 3 1 1 2 0 |            |
| 74. Número de Notaría:       |                 |            |
| 75. Entidad de registro      | 0 3             |            |
| 76. Fecha de registro:       | 2 0 1 3 1 1 2 6 |            |
| 77. No. Matrícula mercantil: | 3 5 5 8 4       |            |
| 78. Departamento:            | 0 8             |            |
| 79. Ciudad/Municipio:        | 3               |            |
| Vigencia:                    |                 |            |
| 80. Desde:                   | 2 0 1 3 1 1 2 6 |            |
| 81. Hasta:                   |                 |            |

|                         |  |       |   |
|-------------------------|--|-------|---|
| 82. Nacional:           |  | 1 0 0 | % |
| 83. Nacional público:   |  | 0     | % |
| 84. Nacional privado:   |  | 1 0 0 | % |
| 85. Extranjero:         |  | 0     | % |
| 86. Extranjero público: |  | 0     | % |
| 87. Extranjero privado: |  | 0     | % |

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Gobernación

9

Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual: | 90. Fecha cambio de estado: | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT): |
|------|--------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| 1    | 8 0                | 2 0 1 7 0 1 0 1             |                                                |
| 2    |                    | Año Mes Día                 |                                                |
| 3    |                    | Año Mes Día                 |                                                |
| 4    |                    | Año Mes Día                 |                                                |
| 5    |                    | Año Mes Día                 |                                                |

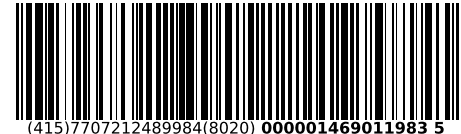
Vinculación económica

|                                                                         |                                                |                                                                                 |         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 93. Vinculación económica                                               | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante:       | 96. DV. |
|                                                                         |                                                |                                                                                 | -       |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante                    |                                                |                                                                                 |         |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior        | 171. País:                                     | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP |         |
|                                                                         |                                                |                                                                                 |         |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP |                                                |                                                                                 |         |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14690119835



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

9 0 0 7 8 9 0 9 0

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

**Representación**

|   |                                                 |                                                       |                                                               |                                     |
|---|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 98. Representación:<br>REPRS LEGAL PRIN         |                                                       | 99. Fecha inicio ejercicio representación:<br>2 0 1 6 0 1 2 6 |                                     |
|   | 100. Tipo de documento:<br>Cédula de Ciudadan   | 101. Número de identificación:<br>2 2 5 6 3 3 2 9     | 102. DV                                                       | 103. Número de tarjeta profesional: |
|   | 104. Primer apellido<br>SILVA                   | 105. Segundo apellido<br>ESCOBAR                      | 106. Primer nombre<br>KELLY                                   | 107. Otros nombres<br>PAOLA         |
|   | 108. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 109. DV                                               | 110. Razón social representante legal                         |                                     |
| 2 | 98. Representación:<br>REPRS LEGAL SUPL         |                                                       | 99. Fecha inicio ejercicio representación:<br>2 0 1 6 0 1 2 6 |                                     |
|   | 100. Tipo de documento:<br>Cédula de Ciudadan   | 101. Número de identificación:<br>1 0 4 3 9 3 0 3 0 8 | 102. DV                                                       | 103. Número de tarjeta profesional: |
|   | 104. Primer apellido<br>MENDOZA                 | 105. Segundo apellido<br>SARMIENTO                    | 106. Primer nombre<br>JHONNATAN                               | 107. Otros nombres<br>MAURICIO      |
|   | 108. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 109. DV                                               | 110. Razón social representante legal                         |                                     |
| 3 | 98. Representación:                             |                                                       | 99. Fecha inicio ejercicio representación:<br>Año Mes Día     |                                     |
|   | 100. Tipo de documento:                         | 101. Número de identificación:                        | 102. DV                                                       | 103. Número de tarjeta profesional: |
|   | 104. Primer apellido                            | 105. Segundo apellido                                 | 106. Primer nombre                                            | 107. Otros nombres                  |
|   | 108. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 109. DV                                               | 110. Razón social representante legal                         |                                     |
| 4 | 98. Representación:                             |                                                       | 99. Fecha inicio ejercicio representación:<br>Año Mes Día     |                                     |
|   | 100. Tipo de documento:                         | 101. Número de identificación:                        | 102. DV                                                       | 103. Número de tarjeta profesional: |
|   | 104. Primer apellido                            | 105. Segundo apellido                                 | 106. Primer nombre                                            | 107. Otros nombres                  |
|   | 108. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 109. DV                                               | 110. Razón social representante legal                         |                                     |
| 5 | 98. Representación:                             |                                                       | 99. Fecha inicio ejercicio representación:<br>Año Mes Día     |                                     |
|   | 100. Tipo de documento:                         | 101. Número de identificación:                        | 102. DV                                                       | 103. Número de tarjeta profesional: |
|   | 104. Primer apellido                            | 105. Segundo apellido                                 | 106. Primer nombre                                            | 107. Otros nombres                  |
|   | 108. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 109. DV                                               | 110. Razón social representante legal                         |                                     |

**Colombia, un compromiso que no podemos evadir.**