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 VIVI | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900415674-0 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 27005642024 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 29 (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 | 9 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 11 | DE | 19 |
| VALOR A PAGAR | $ 55.101.395 | EN LETRAS | CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE (día / mes / año) | HASTA | (día / mes / año) | | |

**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 | 2625 | 10 | C-4602-1500-9-704080-4602020-02 | 162 - SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFAN | A-02-02-02-009-002-01 | $ 55.101.395,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | $ 55.101.395,00 |

**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**

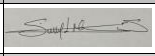
**4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | $ | 55.101.395 |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 55.101.395 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 55.101.395 |

**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** | **APOYO FINANCIERO** | **CHOCO** | **ISTMINA** |  |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| **VILMA MARIA TRUJILLO VALENCIA** | **COORDINADORA GRUPO INTERNO DE TRABAJO PREVENCION** | | |

**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

42002

## CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

## LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL CONTRATO Nº 27005642024 DEL 30/12/2024

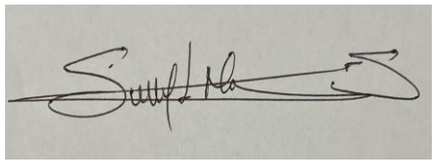
## CERTIFICA

Que, verifico los documentos que a continuación relaciono presentados por el operador **FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR con NIT 900415674-0** establecidos en la resolución 5360 de 2023 artículo 2 y clausula SEXTA: Forma de desembolso de los aportes ICBF para el trámite del **DDECIMO PRIMER 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 4 días del mes de diciembre de 2025

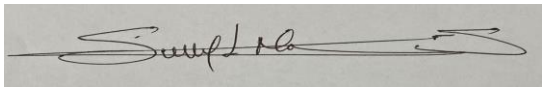


SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ
Supervisora

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**
**DECIMO PRIMER DESEMBOLSO**

| CONTRATO | ENTIDAD CONTRATISTA | UNIDADES | CUPOS | VALOR LIQUIDADO | DESCUENTO POR COBERTURA NO ATENDIDA | POLIZA | VALOR GIRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27005642024 | FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR | 16 | 214 | 55.101.395 | - | | 55.101.395 |
| | POLIZA | | | | - | | - |
| TOTAL | | **16** | **214** | **55.101.395** | **-** | **-** | **55.101.395** |
| **SON** | **CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCT** | | | | | | |
| NOTA | EL DESCUENTO DE | | | | | | |





**SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**
**Supervisora**

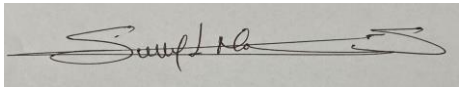
**AIRLEY DEL CARMEN PINO MOSQUERA**
**COORDINADORA**

**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**
**DECIMO PRIMER 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 | 55.101.395 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | 55.101.395 |
| **SON** | **CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCT** | | | | | | |







**SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**
**Supervisora**

**AIRLEY DEL CARMEN PINO MOSQUERA**
**COORDINADORA**

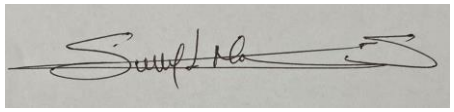
**ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA**
**Enlace de Seguimiento ejecucion Financiera**

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**

**DECIMO PRIMER DESEMBOLSO**

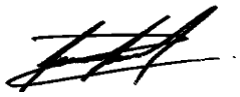
| CONTRATO | ENTIDAD CONTRATISTA | NIT | CONCEPTO | VALOR LIQUIDADO | DESCUENTO POR COBERTURA NO ATENDIDA | NIVELACION | VALOR NETO A GIRAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27005642024 | FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR | **900415764-0** | | | | | - |
| | **IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL** | C-4602-1500-9-704020-4602020-02 | | **55.101.395** | - | | **55.101.395** |
| | **IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL** | C-4602-1500-9-704020-4602020-02-166 | POLIZA | | | | - |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | - |
| **TOTAL** | | | | **55.101.395** | - | - | **55.101.395** |
| **SON** | **CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCT** | | | | | | |
| NOTA | | | | | | | |



**SULLY LICENIA MOSQUERA SANCHEZ**
**Supervisora**



**AIRLEY DEL CARMEN PINO MOSQUERA**
**COORDINADORA**



**ALEJANDRO MARTINEZ AMPUDIA**
**Enlace de Seguimiento ejecucion Financiera**

Elaboro Maria del Carmen Mosquera

NIT 900.415.674-0

CUENTA DE COBRO N° 011

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL CHOCO – CZ ISTMINA
NIT 899.999.239-2

DEBE A:

FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT 900.415.674-0

LA SUMA DE: CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS (55.101.395) MCT

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, Undécimo desembolso contrato 564-2024, para la atención del mes de diciembre del municipio de Novita.

Ciudad y fecha: Istmina, Diciembre de 2025.

Yulieth Yamerly Renteria Mosquera

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

NIT 900.415.674-0

Quibdó, Diciembre de 2025

Señores
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Centro Zonal Istmina

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES**.

Yo, **YULIETH YAMERLY RENTERIA MOSQUERA** con C.C.**1.076.320.277**, de la ciudad de Istmina, en mi calidad de **Representante Legal** del operador del servicio identificado con NIT.900.415.674-0 manifiesto bajo gravedad de juramento que el operador del servicio, efectivamente se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con todos sus proveedores de bienes y servicios, con corte al mes de noviembre del año 2025.

Atentamente,

Yulieth Yamerly Rentería Mosquera

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

NIT 900.415.674-0

Quibdó, diciembre de 2025

Señores:

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Choco

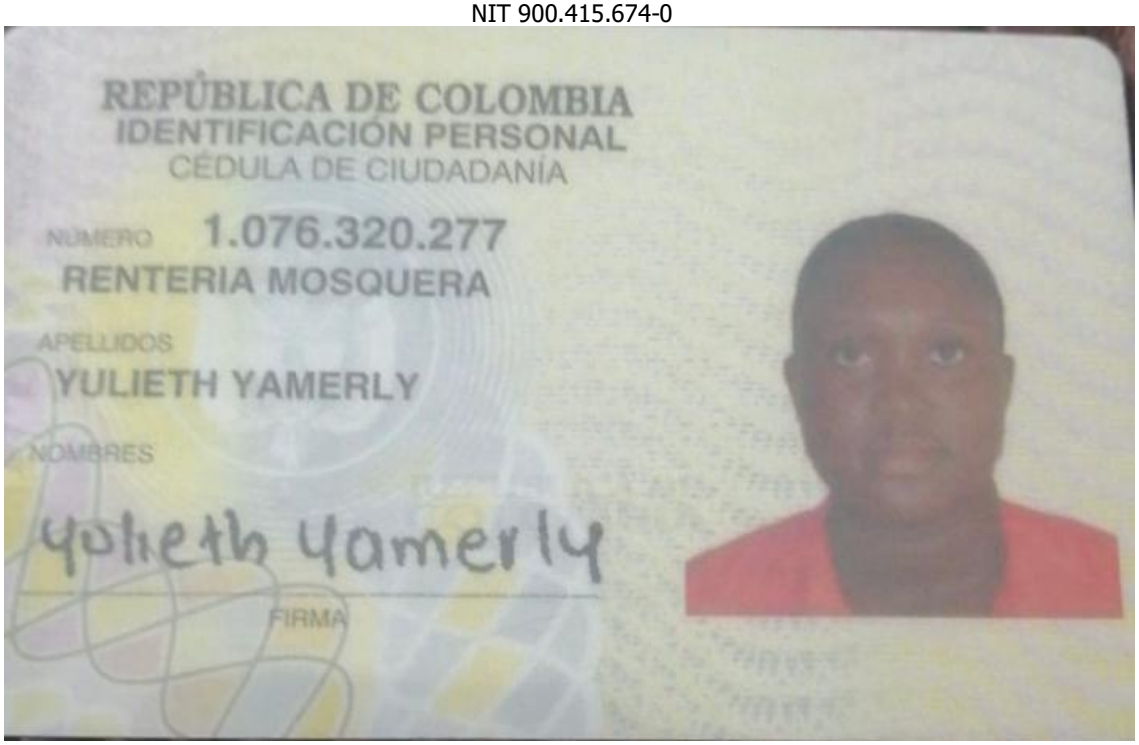
Cuidad

**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. 900.415.674-0, 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
NUMERO 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
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-1701900-01228089-F-1076320277-20210419
0074135997A 1
9915390413