Yo, **CAROLINA VALENZUELA NARANJO**

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 | FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900085882-9 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 47006152025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 14 (día) | noviembre (mes) | 2025 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 14 (día) noviembre (mes) 2025 (año) | HASTA | 15 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 10 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 1,5 | DE 1,5 |
| VALOR A PAGAR | $ 41.622.044,00 | EN LETRAS | CUARENTA Y UN MILLÓN SEISCIENTOS VEINTIDÓS MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | HASTA | 15 (día) diciembre (mes) 2025 (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 | 210525 | 27 | C-4602-1500-10-704040-4602014-02 | 122- APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA | 02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO | $ 41.622.044,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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: | BANCO AVVILLAS | NÚMERO DE CUENTA | 853227494 | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: El operador debe presentar lo anexos como lo son factura o cuenta de cobro con los cupos contratados , certificado honorarios, certificado parafiscales, certificado paz y salvo proveedores, informe tecnico y financiero con los soportes que den cumplimientos a las obligaciones contractuales , copia cedula, junta central de contadores , copia de la cedula del revisor fiscal, valor programado $ 42.112.196. el desembolso seá de menor valor por inejecuciones de cupos $490.152

**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 | $ | 41.622.044,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 41.622.044,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| CAROLINA VALENZUELA NARANJO | SUPERVISORA | MAGDALENA | CENTRO ZONAL FUNDACIÓN | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| DAYANIS MENDEZ CERVANTES | APOYO FINANCIERO | MAGDALENA | ASISTENCIA TÉCNICA | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| DAYANIS MENDEZ CERVANTES | ASISTENCIA TÉCNICA | | 22/12/2025 |

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

| CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO | |
|---|---|
| **Nº. CONTRATO DE APORTE** | **ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS** |
| **47006152025**<br>**14/11/2025** | **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL,** identificada con el NIT Nº 900085882-9, representado por **MARIA MONICA RUBIO ZAMORA** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473 |
| OBJETO DEL CONTRATO | BRINDAR ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA **MODALIDAD APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO,** DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF. |
| VALOR DEL CONTRATO INICIAL | Para todos los efectos legales el valor estimado del contrato será por la suma **OCHENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($84.224.392)** |
| FORMA DE PAGO | El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: **(i)** un Giro de Alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de noviembre por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de noviembre, más el valor equivalente al promedio de ejecución mensual de la Dependencia de Gasto 112 presentando los siguientes documentos: **1.** Certificación Bancaria; **2.** Aprobación de Garantía; **3.** Acta de Inicio; **4.** Los exigidos en la Resolución 5360 de 2023 que apliquen, teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual **(ii)** El valor girado de alistamiento se realizará una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: **(1)** Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; **(2)** Planilla de usuarios (as) atendidos; **(3)** Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; **(4)** Informe de Ingresos y Gastos; **(5)** Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; **(6)** Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato; **(7)** Cuenta de cobro o factura (según aplique); **(8)** Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. **(iii)** El aporte correspondiente al mes de |

<table>
<tr><td></td><td>noviembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el periodo, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente.</td></tr>
<tr><td>VALOR PARA DESEMBOLSAR</td><td>Yo, CAROLINA MARIA VALENZUELA NARANJO en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos del pago de la legalización de DICIEMBRE 1-15 de la vigencia 2025, ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral, parafiscales y Proveedores en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor Para Pagar 100% cupos utilizados</th><th>Valor (70.5%) del costo fijo, cupos utilizados parcialmente ($92.485)</th><th>Valor total a Pagar cupos no 206 utilizados 100% (124.744)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$176.942</td><td>90</td><td>$15.924.780</b></td><td><b>$-</td><td>$ 25.697.264</td><td>$41.622.044</td></tr>
</table>
En razón a ello, autorizo el pago de CUARENTA Y UN MILLÓN SEISCIENTOS VEINTIDÓS MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($41.622.044).</td></tr>
<tr><td>INFORMACION PRESUPUESTAL</td><td>CDP: 79325<br>COPROMISO: 210525<br>RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-122<br>RECURSO: 27</td></tr>
<tr><td>FECHA CERTIFICACION</td><td>DIA: 22</td><td>MES: DICIEMBRE</td><td>AÑO: 2025</td></tr>
</table>

**CAROLINA VALENZUELA NARANJO**
SUPERVISORA DE CONTRATO 47006152025
CENTRO ZONAL FUNDACIÓN
ICBF- Regional Magdalena

Revisó y Aprobó: CAROLINA NARANJO – Coordinadora Fundación
Proyectó: Dayanis Mendez– Apoyo Financiero

| | | |
|---|---|---|
| | **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL**<br>**NIT. 900085882-9** | Elaboró: Administración<br>Aprobó: Calidad.<br>Revisó: Junta Directiva.<br>Código:<br>Versión: 2<br>Fecha: Julio 2022 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES REALIZADAS CON PERSONAS JURIDICAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA**

**CUENTA DE COBRO No 03**

**NOMBRE EMPRESA** INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
**NIT. 899.999.239-2**

**DEBE A:** FUNDACIÓN REHABILITACION INTEGRAL
**NIT 900085882-9**

**DIRECCION** CARRERA 3A No 20-54 –RODADERO

| | |
|---|---|
| **PROCESO APOYO PSICOLOGICO** | **OBJETO: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS. LOS NIÑOS Y ADOLECENTES QUE TIENEN ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SERVICIO DE CONCEPTO ESPECIALIZADO.**<br><br>**Mes de DICIEMBRE (los días del 1 al 15 de diciembre). Contrato 47006152025.** |

| SEDE | CUPO CONTRATADO | CUPO TOTAL EJECUTADO | $176.942 | | CUPO PARCIAL | $44.236 | | CUPO NO UTILIZADO | $124.744 | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CIENAGA | 108 | 12 | | $ 2.123.304 | 0 | | $ | 102 | | $12.723.888 | $ 14.847.192 |
| FUNDACION | 46 | 22 | | $ 3.892.724 | 0 | | $ | 36 | | $ 4.490.784 | $ 8.383.508 |
| PIVIJAY | 23 | 2 | | $ 353.884 | 0 | | $ | 22 | | $ 2.744.368 | $ 3.098.252 |
| PLATO | 29 | 24 | | $ 4.246.608 | 0 | | $ | 29 | | $ 3.617.576 | $ 7.864.184 |
| BANCO | 32 | 30 | | $ 5.308.260 | 0 | | $ | 17 | | $2.120.648 | $ 7.428.908 |
| | | | | | | | | | | | |
| **TOTALES** | **238** | **90** | | **$ 15.924.780** | **0** | | **$ 0** | **206** | | **$25.697.264** | **$41.622.044** |

**SON: CUARENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M.CTE.**

**TOTAL..... $ 41.622.044** Fecha 19/12/2025

**MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**
**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Email: gerencia@frehabilitacionintegral.com
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona JURIDICA que pertenezco al régimen ESPECIAL, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.

**Favor Consignar en la cuenta de Ahorros No 853227494 – BANCO AV VILLAS**
**Trámites de pago Servicio del Contrato No 47006152025**

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

**Convenio No. 47006152025**
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
**Servicio Apoyo Psicológico Especializado**

BIENESTAR FAMILIAR

**CERTIFICADO DE PAGO OPORTUNO AL PERSONAL CONTRATADO POR LA FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADESCONTRATADAS**

Señores
**INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF**
**REGIONAL MAGDALENA**

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No1.083.041.473 dela ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad paga oportunamente las cuentas de cobro previamente causadas y auditadas y certificadas para pago, del periodo de **DICIEMBRE DE 2025,** de acuerdo con lo estipulado en el contrato vigente con profesionales y las obligaciones específicas, clausula 4 forma de pago "La FUNDACIÓN REHABILITACION INTEGRAL, cancelará el valor total del presente de la siguiente manera: cada uno por valor estipulado de acuerdo al contrato vigente. todo mes vencido, el pago se efectuará previa certificación delcoordinador (a) presentación de los soportes por parte del CONTRATISTA, con lo siguiente: 1)Informe mensual de la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de sesiones atendidas, ingresos, egresos y la atendidos;3)Pago al Sistema de Seguridad Social de acuerdo con la normatividad vigente; (artículo 50 ley 789)4)Cuenta de cobro por los servicios prestados;5)Matriz de Seguimiento Proceso de Atención,6) cumplimiento del PIYC.

Con los profesionales contratados para ejecución del CT 47006152025 vigente entre la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL Y EL INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBFAPOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.

El presente certificado se expide dando cumplimiento al decreto 2650 de1993. Por el cual se busca la uniformidad en el registro de las operaciones económicas realizadas, con el fin de permitir la transparencia de la información contable y, por consiguiente, su claridad, confiabilidad y comparabilidad, NIIF.

Esta certificación se expide a los Quince (15) días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,



**MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA**
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal

## CERTIFICADO DE PARAFISCALES

### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA JURIDICA

La suscrita **EDITH DEL CARMEN ARRIETA,** identificada cedula de ciudadanía No 49.606.015, en mi calidad de Revisor Fiscal, de la **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL a** la cual represento no cuenta con personal permanente y/o vinculado por contrato de trabajo en ninguno de los proyectos que al periodo de **DICIEMBRE DE 2025** tiene en ejecución; en ese sentido no tiene obligaciones parafiscales pendientes. El estatuto tributario establece entre otras exenciones según el artículo **114-1,** adicionado por la ley 1819 de 2016, la exoneración de los pagos al SENA, ICBF y aportes a salud, por trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos mensuales.

Me permito certificar que, de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, Salud, ARL y Aportes Parafiscales en los últimos 6 meses, toda vez que no cuenta con personal permanente y/o vinculado por contrato de trabajo en ninguno de los proyectos que al periodo de DICIEMBRE DE 2025 tiene en ejecución.

Se Certifica que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, dando cumplimiento al artículo 50 de ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Esta certificación se expide a los quince (15) días del mes de diciembre de 2025.

**EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ**
**T.P No 138362-T**
**C.C 49.606.015**
**REVISOR FISCAL**

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

**Convenio No. 47006152025**
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
**Servicio Apoyo Psicológico Especializado**

BIENESTAR FAMILIAR

## CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO DE PROVEEDORES

Señores
**INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF**
**REGIONAL MAGDALENA**

Yo **EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No 49.606.015 de la ciudad de Valledupar, en mi calidad de Revisor Fiscal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACIÓN INTEGRAL, identificada con NIT No 900.085.882-9, manifiesto bajo la gravedad de juramento que esta entidad, se encuentra a PAZY SALVO en el periodo de **DICIEMBRE DE 2025**, por todo concepto con todos sus proveedores de bienes y servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago.

Esta certificación se expide a los quince (15) días del mes de diciembre De 2025.

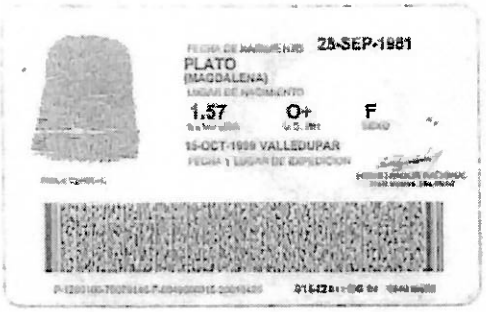


**EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ**
**REVISOR FISCAL**
**C.C 49.606.015**
**T.P No 138362-T**

**Certifico por Oferente FUNDACION REHABILITACIÓN INTEGRAL**

**ANEXO: Fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios ante la Junta Central de Contadores.**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
49606015
DIAZ ARRIETA
EDITH DEL CARMEN


25-SEP-1981
PLATO
(MAGDALENA)
1.57
O+
F
15-OCT-1999 VALLEDUPAR


TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
138362-T
EDITH DEL CARMEN
DIAZ ARRIETA
C.C. 49605015
RESOLUCION INSCRIPCION 308
FECHA 27/11/2008
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
PRESIDENTE
LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ
148433


Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central
de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9 7 9 E 4 F B B 1 D 8 7 4 2 7 5

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EDITH DEL CARMEN DIAZ ARRIETA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 49606015 de VALLEDUPAR (CESAR) Y Tarjeta Profesional No 138362-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ******************************
*****************************************************************
****************************************************************

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

.DIRECTOR GENERAL (E)

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado