COMPONENTE FINANCIERO
DIA 31 DE DICIEMBRE
2025

	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL **NIT. 900085882-9**	Elaboró: Administración Aprobó: Calidad. Revisó: Junta Directiva. Código: Versión: 2 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 02

NOMBRE EMPRESA INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

Nit. 899.999.239-2

DEBE A: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL NIT 900085882-9

DIRECCION CARRERA 3A No 20-54

RODADERO

TELEFONO

CONCEPTO 0BJETO: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.

LEGALIZACION CONTRATO 47006662025 $ 2.807.480

Día 31 de diciembre de 2025

DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE.

TOTAL.....$ 2.807.480

Firma del Representante Legal
CC 1.083.041.473
E-mail: 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.

consignar a la siguiente cuenta:

CUENTA DE AHORROS No. 853227536 BANCO AV VILLAS
Para trámites de PAGO, SERVICIOS DEL CONTRATO 47006662025

FORMATO DE LEGALIZACION PERIODICO No	1	**ESTADO DEL CONTRATO:**	VIGENTE
Fecha:		**Hora Inicio:**	
		Hora Final:	
Lugar:			
Dependencia que Convoca:	DIRECCION DE PROTECCION ESPECIAL		
Objetivo:	REALIZAR SEGUIMIENTO Y LEGALIZACION A LA EJECUCION DE LOS RECURSOS DEL CONTRATO No. correspondiente al mes		

CONTRATO APORTES SUSCRITO

1. DATOS GENERALES:

DATOS SUPERVISOR DEL CONTRATO DE APORTE:		**DATOS DEL OPERADOR:**			
Nombres:		**Nombres Representante Legal:**	MARIA MONICA RUBIO ZAMORA		
		Nombres del Contador o Revisor Fiscal:	EDITH DEL CARMEN DIAZ ARRIETA		
Cargo:		**Nombre de la Entidad:**	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL		
Regional:		**Dirección:**	Carrera 3 No 18 27 RODADERO SUR		
Centro Zonal:		**Teléfonos:**	3016092890		
Correo Electrónico:		**Correo Electrónico:**	auxiliar.administrativo@frehabilitacionintegral.com		
Número de cuenta y Entidad Bancaria:		**Rendimientos Financieros consignados a la fecha:**		**Fecha:**	

2. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL CONTRATO DE APORTE:

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS ICBF							**DISMINUCIONES REALIZADAS AL PRESENTE CORTE**		**ADICIONES REALIZADAS AL PRESENTE CORTE**	
Modalidades	**Valor Cupo/Mes**	**PORCENTAJES**	**Cupos Contratados**	**Cupos Ejecutados**	**Cupos Inejecutados**	**Valor Total Por Modalidad**	**EGRESOS**	**TOTAL**	**Ingresos**	**Total**
Apoyo psicosocial	$ -			0	0	$ -	CENTRO DE COSTOS (112)	$ -	CENTRO DE COSTOS (112)	$ -
1.) CIÉNAGA	$ -	0%	108	0	108	$ -	CENTRO DE COSTOS (111)	$ -	CENTRO DE COSTOS (111)	$ -
2) FUNDACIÓN	$ -	0%	46	0	46	$ -	CENTRO DE COSTOS (114)	$ -	CENTRO DE COSTOS (114)	$ -
3.) PIVIJAY	$ -	0%	23	0	23	$ -	CENTRO DE COSTOS (997)	$ -	CENTRO DE COSTOS (997)	$ -
4.) PLATO	$ -	0%	29	0	29	$ -	Obsequio Celebración Cumpleaños	$ -	Obsequio Celebración Cumpleaños	$ -
5.) EL BANCO	$ -	0%	32	0	32	$ -	Obsequio Celebración Decembrina	$ -	Obsequio Celebración Decembrina	$ -
AJUSTE								$ -		$ -
Valor Total a Pagar	$ -	0%	238	0	238	**$ 2.807.480**	**Total a disminuir**	**$ -**	**Total a Pagar**	**$ -**
Total a pagar del periodo:								**$**		**2.807.480**

2.1 SEGUIMIENTO A DESEMBOLSOS CUPOS LIQUIDADOS

DESEMBOLSO 1	**DESEMBOLSO 2**	**DESEMBOLSO 3**	**DESEMBOLSO 4**	**DESEMBOLSO 5**	**DESEMBOLSO 6**	**DESEMBOLSO 7**	**DESEMBOLSO 8**	**DESEMBOLSO 9**	**DESEMBOLSO 10**	**TOTAL VALOR LIQUIDADO CUPOS**
$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
Desembolso Real Realizado por la Supervisión										
$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
Diferencia entre valor pagado y ejecución del operador de servicios (Inejecuciones Recursos NO desembolsados)										
$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -

3. ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS SOPORTES CONTABLES DEL COMPONENTE FINANCIERO.

CLASIFICADORES DE ATENCIÓN	**EJECUCIÓN PRESUPUESTO**			**MODIFICACIONES CONTRACTUALES - TRASALADOS**		**EJECUCIÓN DEL RECURSOS POR EL OPERADOR (CAUSADO)**			**PAGOS REALIZADOS (OPERADOR)**		**RECURSO DE SEGUIMIENTO**		**VERIFICACIÓN DE SOPORTES A LEGALIZAR**
DESCRIPCIÓN DEL GASTO	**PRESUPUESTO TOTAL APROBADO**	**MONTO TOTAL EJECUTADO**	**MONTO TOTAL POR EJECUTAR**	**DISMINUCIONES**	**ADICIONES**	**PRESUPUESTO APROBADO DEL MES**	**TOTAL PPTO DISPONIBLE PARA EL MES**	**TOTAL EJECUTADO**	**PAGOS EN EL MES QUE SE LEGALIZA**	**TOTAL PAGOS ACOMULADOS**	**INEJECUCIÓN DE LA OPERACIÓN O SALDO X EJECUTAR**	**CUENTAS X PAGAR ACOMULADAS**	**SOPORTES PRESENTADOS PARA LA LEGALIZACIÓN DEL GASTO**
Salario	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CEDULA, RUT, CONTRATO
Auxilio de Transporte	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CERTIFICACION BANCARIA, CAUSACION
Horas Extras Recargo Nocturno	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	PLANILLA T.H, S DIAN, CUENTA DE COBRO
Cesantías	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	SEGURIDAD SOCIAL, INFORME DE ACTIVIDADES
Vacaciones	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	TRANSACCION DE PAGO
Prima de Servicios	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**OBSERVACIONES T.H**
Intereses/Cesantías	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
Aportes Parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
Aportes salud, pensión y ARL	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
Honorarios	$ 267.050.000	$ -	$ 267.050.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
Dotación Trabajadores	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
Implementación Sistema Integrado de Gestión	$ 45.000.000	$ 2.807.480	$ 42.192.520	$ -	$ -	$ 2.807.480	$ 2.807.480	$ 2.807.480	$ -	$ -	$ -	$ 2.807.480	
	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	
SUBTOTAL: TALENTO HUMANO	**$ 312.050.000**	**$ 2.807.480**	**$ 309.242.520**	**$ -**	**$ -**	**$ 2.807.480**	**$ 2.807.480**	**$ 2.807.480**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 2.807.480**	

CLASIFICADORES DE ATENCIÓN	**EJECUCIÓN PRESUPUESTO**			**MODIFICACIONES CONTRACTUALES - TRASALADOS**		**EJECUCIÓN DEL RECURSOS POR EL OPERADOR (CAUSADO)**			**PAGOS REALIZADOS (OPERADOR)**		**RECURSO DE SEGUIMIENTO**		**VERIFICACIÓN DE SOPORTES A LEGALIZAR**
DESCRIPCIÓN DEL GASTO	**PRESUPUESTO TOTAL APROBADO**	**MONTO TOTAL EJECUTADO**	**MONTO TOTAL POR EJECUTAR**	**DISMINUCIONES**	**ADICIONES**	**PRESUPUESTO APROBADO DEL MES**	**TOTAL PPTO DISPONIBLE PARA EL MES**	**TOTAL EJECUTADO**	**PAGOS EN EL MES QUE SE LEGALIZA**	**TOTAL PAGOS ACOMULADOS**	**INEJECUCIÓN DE LA OPERACIÓN O SALDO X EJECUTAR**	**CUENTAS X PAGAR ACOMULADAS**	**SOPORTES PRESENTADOS PARA LA LEGALIZACIÓN DEL GASTO**
ALIMENTACIÓN	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	FACTURA DE VENTA, RUT, CAUSACION, CUENTA DE COBRO, CONTRATO, DOCUMENTO SOPORTE DIAN, LISTAS DE ENTREGA, RUT, EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS, LISTAS DE ENTREGA, TRANSACCION DE PAGO, EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, TRANSACCION DE PAGO, RUT

EMERGENCIAS Y BOTIQUÍN (MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL POS)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
EDUCACIÓN (DOTACIÓN ESCOLAR, MATERIAL PEDAGOGICO Y DE ASEO ESCOLAR)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
DOTACIÓN PERSONAL	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
DOTACIÓN DE ASEO E HIGIENE PERSONAL	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
RECREACIÓN	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
DOTACIÓN LÚDICO DEPORTIVA (POR REPOSICIÓN)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
TRANSPORTE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	$ 62.092.090	$ -	$ 62.092.090	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
CENTROS DE INTERES - ARTES (SOLO SRPA)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
ACCIONES COMPLEMENTARIAS RUBRO 112	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
ORIENTACIÓN PARA LA VIDA PERSONAL, SOCIAL Y PROFESIONAL Y VOCACIONAL (CENTRO DE COSTOS 111)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
DOTACIÓN BÁSICA (POR REPOSICIÓN O ADICIÓN AL CONTRATO	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
DOTACIÓN MENAJE ALIMENTACIÓN (POR REPOSICIÓN	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
Obsequio Celebración Cumpleaños	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
Obsequio Celebración Decembrina	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION FACTURA DE VENTA RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO	CAUSACION CUENTA DE COBRO DOCUMENTO SOPORTE DIAN RUT ACTAS DE ENTREGA EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS TRANSACCION DE PAGO
ENCUENTROS FAMILIARES (CASA DE ACOGIDA Y CADA DE PROTECCIÓN)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	CAUSACION ACTAS DE ENTREGA	CAUSACION
SUBTOTAL: NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	**$ 62.092.090**	**$ -**	**$ 62.092.090**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**OBLIGADOS A FACTURAR**	**NO OBLIGADOS A FACTURAR**
CLASIFICADORES DE ATENCIÓN	**EJECUCIÓN PRESUPUESTO**			**MODIFICACIONES CONTRACTUALES - TRASALADOS**		**EJECUCIÓN DEL RECURSOS POR EL OPERADOR (CAUSADO)**			**PAGOS REALIZADOS (OPERADOR)**		**RECURSO DE SEGUIMIENTO**		**VERIFICACIÓN DE SOPORTES A LEGALIZAR**	
DESCRIPCIÓN DEL GASTO	**PRESUPUESTO TOTAL APROBADO**	**MONTO TOTAL EJECUTADO**	**MONTO TOTAL POR EJECUTAR**	**DISMINUCIONES**	**ADICIONES**	**PRESUPUESTO APROBADO DEL MES**	**TOTAL PPTO DISPONIBLE PARA EL MES**	**TOTAL EJECUTADO**	**PAGOS EN EL MES QUE SE LEGALIZA**	**TOTAL PAGOS ACOMULADOS**	**INEJECUCIÓN DE LA OPERACIÓN O SALDO X EJECUTAR**	**CUENTAS X PAGAR ACOMULADAS**	**SOPORTES PRESENTADOS PARA LA LEGALIZACIÓN DEL GASTO**	

SERVICIOS PÚBLICOS	$ 25.100.000	$ -	$ 25.100.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☐AUSACION ☑FACTURA DEL SERVICIO ☐CONTRATO ☑TRANSACCION DE PAGO
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES INSTALACIONES LOCATIVAS	$ 123.416.271	$ -	$ 123.416.271	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
UTILIZACIÓN DE INSTALACIONES EN AMBIENTES SANOS Y ADECUADOS	$ 39.775.000	$ -	$ 39.775.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE DOTACIÓN INSTITUCIONAL	$ 35.000.000	$ -	$ 35.000.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
PAPELERÍA	$ 16.500.000	$ -	$ 16.500.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
ASEO	$ 8.149.714	$ -	$ 8.149.714	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
TRANSPORTE PERSONAL INSTITUCIONAL PARA VISITAS DOMICILIARIAS A LOS HOGARES Y TRASLADOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	$ 38.000.000	$ -	$ 38.000.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
GASTOS BANCARIOS (4*1000, COMISIONES, TRANSFERENCIAS Y CHEQUERAS)	$ 4.849.715	$ -	$ 4.849.715	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑CONTRACTO BANCARIO ☑TRANSACCION DE PAGO
SERVICIOS DE CONTABILIDAD	$ 3.500.000	$ -	$ 3.500.000	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑TRANSACCION DE PAGO
OTROS (LO QUE SE REQUIERA PARA EL ADECUADO DESARROLLO DE LA MODALIDAD)	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑AUSACION ☑FACTURA DE VENTA ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDECNIAS FOTOGRAFICAS ☑AUSACION ☑CUENTA DE COBRO ☑DOCUMENTO SOPORTE DIAN ☑RUT ☑ACTAS DE ENTREGA ☑EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ☑TRANSACCION DE PAGO
Impuestos de las diferentes transacciones de la modalidad	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	☑RUT ☑CUENTA DE COBRO
SUBTOTAL: GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS	**$ 294.290.700**	**$ -**	**$ 294.290.700**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**BANCOS**
TOTALES	**$ 668.432.790**	**$ 2.807.480**	**$ 665.625.310**	**$ -**	**$ -**	**$ 2.807.480**	**$ 2.807.480**	**$ 2.807.480**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 2.807.480**	

TOTAL PAGADO EN EL MES REVISADO POR EL OPERADOR DE SERVICIOS	$ -
TOTAL DE DESEMBOLSOS REALIZADOS POR EL ICBF	$ 80.000.000,00
TOTAL PAGOS ACUMULADOS POR EL OPERADOR DE SERVICIOS	$ -
TOTAL DESEMBOLSOS ICBF menos PAGOS ACUMULADOS POR EL OPERADOR (SALDO EN BANCOS)	$ 80.000.000,00
CONCILIACIÓN DIFERENCIA SALDO EN BANCOS	BCV
AVANCE PORCENTUAL DE LA EJECUCIÓN (VALOR TOTAL EJECUTADO/TOTAL DESEMBOLSADO	**4%**

4. SEGUIMIENTO APORTES DE LA INSTITUCIÓN:

Total Aporte ($):								
Si Aplica:							**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
Avances a la fecha:								
Observaciones (cuando aplique):								

5. SEGUIMIENTO APORTES DONACIONES:

Total Aporte ($):								
Si Aplica:							**DESCRIPCIÓN**	**VALOR**
Avances a la fecha:								
Observaciones (cuando aplique):								

6. OBSERVACIONES:

¿El operador presenta el informe financiero con soportes?	**SI**	☑	**NO**	☐
¿Cuál es el mes a legalizar?	JUNIO			
Fecha radicación del informe financiero por parte del operador	6/03/2026			
La entidad presenta los documentos soportes que acompañan al informe financiero y entrega al ICBF en medio	**DIGITAL**	☑	**FISICO**	☐
Los documentos aportados permiten realizar la legalización del informe financiero?	**SI**	☐	**NO**	☐
¿Por qué?				

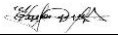
¿Hubo redistribución de recursos no ejecutados ?	SI	☐	NO	☑
Explicar				
Otras				

7. NOTAS CONTABLES DE LA REVISIÓN DEL INFORME DE EJECUCIÓN FINANCIERA:

8. COMPROMISOS:

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA

9. FIRMAS:

POR EL ICBF:	POR EL OPERADOR:
BAJO EL ARTICULO 83 CONSTITUCION POLITICA (PRINCIPIO DE PROBIDAD): **Supervisor (a) del Contrato**	 **Representante Legal**
Legalizador de Cuentas del Contrato	 **Contador o Revisor Fiscal del Operador**

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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.

CERTIFICADOS
OBLIGACIONES FINANCIERAS
31 DICIEMBRE 2025

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 No 1.083.041.473 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 47006662025 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 treinta y un (31) 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 treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2026.

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

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

Convenio No. 47006662025
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 treinta y un (31) 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.

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

Convenio No. 47006662025
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado

BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICADO DE UTILIZACION DE AMBIENTES SANOS

Señores
INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF
REGIONAL MAGDALENA

Los abajo firmantes, en calidad de Representante Legal, y en calidad de Revisor Fiscal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT No. 900-085-882-9, manifestamos bajo gravedad de juramento que la Utilización de instalaciones en ambientes sanos y adecuados ejecutado del periodo de **DICIEMBRE del 2026.**

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal

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

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

Convenio No. 47006662025
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado

BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 2.2.1.2.4.2.16 DEL DECRETO 1860 DE 2021

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL MAGDALENA

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la entidad Contratista **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT No 900.085.882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2. 42.16 del Decreto 1860 de 2021. La Fundación Rehabilitación integral cumple con garantizar el 5% del valor total del contrato, para el período de **DICIEMBRE DE 2025,** la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, en la ejecución del contrato 47006662025 para el servicio de Apoyo Especializado.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2025.

.

Atentamente,



MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal

Bogotá, domingo 23 de noviembre de 2025

Señor(a)
YARITZA ISABEL PEREIRA PARRA
Dirección: cl 25-22 36, 47189000 : 478002514
Teléfono: - 3106525910
Ciénaga, Magdalena, 48

La UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS hace constar que, una vez consultado el Registro Único de Víctimas (RUV) el día **domingo 23 de noviembre de 2025**, el(la) señor(a) **YARITZA ISABEL PEREIRA PARRA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1221969886**, evidencia el siguiente reporte de estado y hecho(s) victimizante(s):

DECLARACION/ RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHO(S) VICTIMIZANTES(S)	FECHA HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
NK000247305	2556964(RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	16/08/1985	Magdalena (47)	Ciénaga (47189)

ADVERTENCIA: Esta constancia se expide a petición del(a) interesado(a), previa verificación de su identidad, y da cuenta del estado de inscripción en el Registro Único de Víctimas, los hechos victimizantes por los que fue valorado y el lugar de ocurrencia de cada hecho, a la fecha de su expedición. El presente documento es de carácter personal e intransferible.

Al respecto, es preciso indicar que de conformidad con el artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de registro es de carácter RESERVADO, según lo citado en el parágrafo 1° del artículo 156 de la Ley 1448 de 2011. En todo caso se deberá garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información.

De acuerdo con lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS SON GRATUITOS Y NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS

FRANCISCO YESID TRIANA CASTILLO
Director de Registro y Gestión de la Información
Unidad para las Víctimas

CERTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA

DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

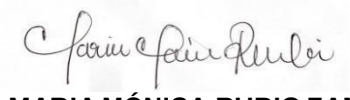
SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR
FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la entidad Contratista **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT No 900.085.882-9.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que el proceso de la información financiera se realiza con los parámetros y estructuras, como lo indican las normas vigentes y de conformidad con las políticas contables de esta entidad. Además, esta información se registra en el software contable SIIGO, donde se emiten los informes financieros, los libros contables y los respectivos auxiliares, de igual forma se cuenta con la implementación de las NIIF y la información actualizada. A su vez se tiene asignado el centro de costos, para el servicio de Apoyo Psicológico Especializado, atendiendo la directriz del ICBF.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,



MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
49606015
NUMERO
DIAZ ARRIETA
APELLIDOS
EDITH DEL CARMEN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1981
PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-OCT-1999 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1200100-70079146-F-0049606015-20010425
0154201110C 01 084019562


TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
138362-T
EDITH DEL CARMEN
DIAZ ARRIETA
C.C. 49606015
RESOLUCION INSCRIPCION 408
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FECHA 27/11/2008
PRESIDENTE
LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ
148439


FIRMA DEL TITULAR
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:

979E4FBB1D87427 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 * * *

Santa Marta, Enero 9 de 2026

14/1/26, 15:15 Pegatina 202649400000002012 - ORFEO

BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

No. 202649400000002012
Código web: XJwBZ0J3M9ozPOnk2L1HEe1dKWc=
Radicador: Luz Yamile Vega Lopez Fecha: 2026-01-14 15:15 Folios: 13
Remitente: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Destino: Centro Zonal Fundacion (Magdalena)
Asunto: ALISTAMIENTO CONTRATO 47006662025

SEÑORES
INSTITUTO COLOMBIANO DE BINESTAR FAMILIAR
ICBF

ASUNTO ENTREGA DEL ALISTAMIENTO CONTRATO 470006662025

En cumplimiento de la Obligación contractual Numero 4 **FORMA DE DESEMBOLSO:** "El *ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un giro de alistamiento por una aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 5360 de 2023 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii)*"; con la presente, se hace entrega de los documentos del ALISTAMIENTO (anticipo del contrato de aportes 470006662025)

Se anexan los siguientes documentos

- Cuenta de Cobro
- Acta de Inicio
- Certificación Bancaria
- Aprobación de la Póliza
- Recibo de pago de las Pólizas
- Pólizas de Cumplimiento y Garantía
- Certificado de Honorarios
- Certificado proveedores
- Certificados parafiscales
- Documentos Revisor Fiscal
- Relación de profesionales incluido el valor del contrato y honorarios mensuales (A1)
- Contratos de Arriendo que la fundación tenga vigentes y donde se ajusta el espacio para ejecución del programa de ICBF (anexo catastro de los inmuebles)

Que damos atentos a cualquier solicitud que quede pendiente.

Sin otro particular,

María Monica Rubio Zamora
MARIA MONICA RUBIO ZAMORA
REPRESENTANTE LEGAL

Correo electrónico auxiliar.administrativo@frehabilitacionintegral.com

Folios (43)

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL

"AV VILLAS"

NIT: 860.035.827-5

CRA.13 No. 27 – 47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL** identificado con el NIT No. **900085882** posee en la oficina de Santa Marta PLAZA BOLIVAR (853), una cuenta de ahorros No. **8 5 32275 3 6**, **desde el 27 de Diciembre de 2025 y a la fecha se encuentra activa**

Se expide la presente solicitud del interesado a los 29 días del mes de DICIEMBRE de 2025.

Atentamente,

María P Ramos

Gerente Oficina (853)

Esta certificación tiene un costo de $ 0, el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

SOPORTES DE PAGOS REALIZADOS
31 DE DICIEMBRE
DE 2025

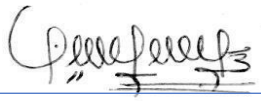
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA
FACTURA PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS AEXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION
REHABILITACION INTEGRAL Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	CAROLINA SUMALABE GUERRERO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C 36.665.604
TELEFONO: 3016092890	**DIRECCION:** VILLAS DE SANTA CRUZ MZ 6 CASA 116

CONCEPTO	**VALOR**
Servicios de organización, revisión y estructuración de la información documental y administrativa correspondiente a contrato No 47006662025.	$ 2.807.480
TOTAL A PAGAR	$ 2.807.480
CONCEPTO EN LETRAS	DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/L.
Fecha **Día Mes año** **31 – 12 - 2025**	**FIRMA DEL BENEFICIARIO**  **NOMBRE: CAROLINA SUMALABE GUERRERO** **CC: 36.665.604**

En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, 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 a la cuenta de ahorros**: No 78100000153 BANCOLOMBIA**