BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIO SOLICITUD DE SERVICIO - CERTIFICACIÓN DE EJECUCIÓN Y CIERRE	F2.P4.ABS	20/08/2025
		Versión 10	
		Clasificación de la Información: CLASIFICADA	

# De solicitud	Nombre del evento:	# de Participantes:
451	CONMEMORACIÓN DE LA SEMANA ANDINA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	60

Tipo de solicitud:	MODIFICACIÓN	**Fecha inicio:**	**18/09/2025**
Fecha de solicitud:	11/09/2025	**Fecha fin:**	**22/09/2025**
Dependencia / Regional:	**Dirección de Adolescencia y Juv**	**Hora inicio:**	8:00 a. m.
Nombres enlace del evento:	Diana Chinchilla	**Hora fin:**	5:00 p. m.
Teléfono de Contacto:	3124792224	**Ciudad del Evento :**	**Ver anexo**
Correo Institucional:	diana.chinchilla@icbf.gov.co	**Lugar de Realización:**	**Ver anexo**
Jefe o Director Area / Regional:	NAYA GUTIÉRREZ	**Objetivo del Evento:**	Promover el fortalecimiento de los proyectos de vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, a través de entornos protectores, acceso a oportunidades reales y el ejercicio
Cargo:	DIRECTORA DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD		
Macroregión:	**M4: Atl, Bol, Guaj, Mag, Suc, SAnd**	**Operador:**	**CONSULTORÍA ESTRATÉGICA INTEGRAL S.A.S.**

Servicios requeridos - items tarifario:	$ 3.040.233
ítems no previstos tarifario (iva incluido):	$ 1.991.348
Comisión de Admon (7,80%):	$ 155.325
IVA Comisión de admon:	$ 29.512
Valor Total Evento:	**$ 5.216.419**
Valor No Ejecutado:	
ANS:	
Valor Total Final Evento:	**$ 5.216.419**

En mi calidad Director o Jefe del area solicitante, Certifico la ejecución del evento, así como también el cumplimiento de los servicios requeridos y estipulados en la documentación adjunta y, en consecuencia, presento mi visto bueno para que se adelanten los trámites tendientes al pago de los servicios realmente prestados.

OBSERVACIONES:

Se firma a los 1 dias del mes de octubre del año 2025.

Nombre y Apellidos	Cargo	Dependencia / Regional	Firma
NAYA GUTIÉRREZ	CTORA DE ADOLESCENCIA Y JUVE	irección de Adolescencia y Juventu	