MEMORANDO

Radicado No: 202649300000080033

Para: **MARYORY DE LEÓN ESCOBAR**
Coordinadora (e) Grupo Financiero.

Asunto: Desembolso de legalización periodo JULIO 1-31 2026, Contrato 47006662025 de 31/12/2025

Fecha: 19 de agosto de 2026

Adjunto al presente documento soportes de legalización del contrato de Aporte No. 47006662025 correspondiente al periodo del asunto, a nombre de La FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL identificada con el Nº de Nit. 900085882-9, y documentos originales con el fin de que se proceda a su respectivo pago.

Cordialmente,

MARTA PINEDO AMAYA
SUPERVISORA DE CONTRATO 47006662025
CENTRO ZONAL FUNDACIÓN
ICBF- Regional Magdalena

Revisó y Aprobó: MARTA PINEDO – Coordinadora Fundación
Proyectó: Dayanis Mendez– Apoyo Financiero

Yo, **MARTA PINEDO AMAYA**

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	47006662025	FECHA SUSCRIPCIÓN	30 (día) diciembre (mes) 2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			19 (día) agosto (mes) 2026 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	9 DE 10
VALOR A PAGAR	$ 92.422.435,00	EN LETRAS	NOVENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDÓS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESO M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) julio (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) julio (mes) 2026 (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	19126	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	$ 92.422.435,00

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	853227536	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato presentando los siguientes documentos: Cuenta de cobro, certificado de honorarios, parafiscales, proveedores, planillas de atención informe técnica, administrativo, legal y financiero con sus anexos donde se pueda verificar el cumplimiento de cada obligación contractual. valor programado a desembolsar es la suma de $ 95.089.330,el valor a pagar es menor por inejecuciones de cupos $ 2.666.895

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	$	92.422.435,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR		B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	92.422.435,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
MARTA PINEDO AMAYA	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	GRUPO PROTECCIÓN ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	GRUPO PROTECCIÓN ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS		19/08/2026

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**
47006662025 **31/12/2025**	**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 **SEISCIENTOS DIEZ MILLONES SESENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($610.066.146)**
FORMA DE PAGO	FORMA DE DESEMBOLSO: El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: **(i)** *Un (1) desembolso mes vencido* por el día 31 de diciembre de 2025, 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), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA: **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 la respectiva acta de recibo del bien objeto de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando a ello haya lugar. **(ii)** Para la vigencia 2026, el ICBF realizará un giro de alistamiento dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero de 2026 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de enero el contratista deberá entregar los siguientes documentos: **1.** Certificación Bancaria. **2.** Aprobación de Garantía. **3.** Acta de Inicio y **4.** Los señalados en la Resolución 5360 de 2023, que resulten aplicables. **(iii)** Seis (6) desembolsos mensuales vencidos para la vigencia 2026, los cuales se efectuarán 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), una vez presentados los

	siguientes documentos por parte del CONTRATISTA: **1.** Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes 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 pago 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 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. **(iv)** El aporte correspondiente al mes de julio el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente.
VALOR PARA DESEMBOLSAR	Yo, **MARTA PINEDO AMAYA** en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos del pago de la legalización del mes de JULIO 1-31 de la vigencia 2026, 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.

Valor Cupo Mes	N° de cupos utilizados totalmente	Valor Para Pagar 100% cupos utilizados	Valor del costo fijo, 15 intervenciones utilizados parcialmente ($99.884)	Valor total a Pagar 15 cupos no utilizados (70.5%) (281.672)	Valor Total Ejecutado
$399.535	**217**	**$86.699.095**	**$ 1.498.260**	**$ 4.225.080**	**$92.422.435**

	En razón a ello, autorizo el pago de **NOVENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDÓS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESO M/CTE ($92.422.435).**		
INFORMACION PRESUPUESTAL	**CDP:** **19126** **COPROMISO:** **19126** **RUBRO:** C-4602-1500-10-704040-4602014-02-122 **RECURSO:** **27**		
FECHA CERTIFICACION	DIA: 19	MES: AGOSTO	AÑO: 2026

MARTA PINEDO AMAYA
SUPERVISORA DE CONTRATO 47006152025
CENTRO ZONAL FUNDACIÓN
ICBF- Regional Magdalena

Revisó y Aprobó: **MARTA PINEDO AMAYA** – Coordinadora Fundación
Proyectó: Dayanis Mendez– Apoyo Financiero

	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 10

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. Mes de JULIO 2026. Contrato 47006662025.**

SEDE	CUPO CONTRATADO	CUPO TOTAL EJECUTADO	$399.535		CUPO PARCIAL	$99.884		CUPO NO UTILIZADO	$281.672		TOTAL
CIENAGA	108	102		$40.752.570	5		$ 499.420	4		$ 1.126.688	$ 42.378.678
FUNDACION	46	42		$16.780.470	4		$ 399.536	2		$ 563.344	$ 17.743.350
PIVIJAY	23	16		$ 6.392.560	3		$ 299.652	6		$ 1.690.032	$ 8.382.244
PLATO	29	26		$10.387.910	0		$ 0	3		$ 845.016	$11.232.926
BANCO	32	31		$12.385.585	3		$ 299.652	0		$ 0	$12.685.237
TOTALES	238	217		$86.699.095	15		$1.498.260	15		$ 4.225.080	$92.422.435

SON: NOVENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M.CTE.

TOTAL..... $ 92.422.435 Fecha 10/08/2026

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 regimen 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 853227536 – BANCO AV VILLAS
Trámites de pago Servicio del Contrato No 47006662025

FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

Convenio No. 47006662025
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 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 **JULIO DE 2026,** 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 julio de 2026.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal

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

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 **JULIO DE 2026** 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 JULIO DE 2026 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 julio de 2026.

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

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 **JULIO DE 2026**, 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 julio de 2026.



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
NUMERO
49606015
APELLIDOS
DIAZ ARRIETA
NOMBRES
EDITH DEL CARMEN
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 308
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:

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 * * *

JUSTIFICACION PARA MODIFICACION DE CONTRATO

INFORMACION GENERAL	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Aporte
NUMERO	47006662025
OBJETO	BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN EL SERVICIO **DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO**, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF
CONTRATISTA	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL
SUPERVISOR	**MARTA PINEDA AMAYA**
VALOR INICIAL	**SEISCIENTOS DIEZ MILLONES SESENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($610.066.146)**
PLAZO INICIAL	siete (7) meses y un (1) día desde el 31 de diciembre 2025 hasta el 31 de julio 2026.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	30/12/2025
FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN O DE ACTA DE INICIO (SEGÚN CORRESPONDA AL INICIO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO)	31/12/2025
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	31/07/2026
CDP-2025	81925-27/12/2026
RP-2025	236925-30/12/2025
CDP-2026	19126-6/01/2026
RP- 2026	19126-6/01/2026
MODIFICACIONES REALIZADAS	
TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓN
ADICIÓN	**CINCUENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($ 58.366.644).**

PÚBLICA

PRORROGAS	N/A
SUSPENSIÓNES	N/A
VALOR TOTAL	**SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($668.432.790)**.
PLAZO FINAL	N/A
OTRAS MODIFICACIONES	N/A

INFORMACION DE LA SOLICITUD	
TIPO DE MODIFICACIÓN	Modificación No. 2, reinversión, adición y prorroga
ADICIÓN	El valor de la presente adición es por la suma de **CIENTO CUARENTA Y UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE ($141.436.824)**
CDP	No de CDP, 19126 Fecha de operación julio 2026
FORMA DE PAGO	FORMA DE PAGO: La forma de pago después de la modificación quedará de la siguiente manera:

VIGENCIA	No. DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSO
2026	1	$ 2.807.480
2026	2	$ 86.751.238
2026	3	$ 95.089.330
2026	4	$ 103.427422
2026	5	$ 95.089.330
2026	6	$ 95.089.330
2026	7	$ 95.089.330
2026	8	$ 95.089.330
2026	9	$ 95.089.300
2026	10	$ 46.347.494

ADICIÓN	N/A
REINVERSIÓN	**CUARENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($48.741.836).**
PRÓRROGA	El presente contrato tendrá una prórroga por dos meses (2), sin exceder del 30 de septiembre de 2026
SUSPENSIÓN	N/A
TERMINACIÓN ANTICIPADA	N/A

PÚBLICA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OTRA MODIFICACIÓN	**12. PLAZO DE EJECUCIÓN:** De acuerdo con las actividades a desarrollar el plazo del contrato será hasta el 30 de septiembre de 2026, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. **14. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO / CONVENIO:** Para todos los efectos legales después de la reinversión y adición a realizarse el valor total del contrato será por la suma de **OCHOCIENTOS NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($809.869.614).**

JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACÍON

Como supervisor del contrato de aporte del asunto y dando cumplimiento a lo requerido por el manual de contratación vigente, emitido por la Dirección de Contratación del Nivel Nacional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, con fundamento en la naturaleza especial del Servicio Público de Bienestar Familiar y de conformidad con el régimen especial de contratación del ICBF, me permito comunicarle que existe la necesidad de adicionar en tiempo y valor al contrato de aporte No.47006662025 de 31/12/2025, celebrado entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL de acuerdo a las siguientes consideraciones que se plantean:

Teniendo en cuenta que los contratos de prestación de servicios misionales de protección terminan el 31 de julio del 2026 y por instrucciones de la Dirección de Protección mediante Radicado N° 20262000000077073 del 12 de junio 2025 *Orientaciones para el trámite de Adiciones y Prórrogas de los Contratos de Aporte para la prestación de los servicios y modalidades de Restablecimiento de Derechos y del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes de la Dirección de Protección Especial.* En el presente documento se aborda inicialmente los aspectos generales para las modalidades y servicio de Restablecimiento de Derechos y del Sistema de Responsabilidad penal para Adolescentes donde se establece los requisitos mínimos necesarios (jurídicos, técnicos y financieros) para la reinversión, disminución/adición y prórroga del contrato de RESTABLECIMIENTO DE DERECHO, el plazo de ejecución será por dos meses (2),comprendido desde el 1 agosto hasta el 30 de septiembre de la vigencia 2026.

Se efectuó el seguimiento técnico, administrativo y financiero a la ejecución del contrato **N°47006662025** del 31/12/2025 correspondiente a la modalidad **APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO** con el operador **FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL**, como resultado del análisis de la ejecución contractual, se identificaron recursos provenientes de inejecuciones generadas durante la operación del servicio, los cuales ascienden a la suma de **CUARENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE ($48.741.836),** recursos que se consideran necesarios para ser reinvertidos dentro del mismo contrato de aporte.

PÚBLICA

Se hace necesario realizar adición, modificación y prórroga del contrato de aporte N°47006662025 por la suma de **CIENTO CUARENTA Y UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE ($141.436.824)**.

Por lo anterior se hace necesario realizar la modificación a la siguiente clausula contractual contenida en el estudio previo del contrato No **47006662025:**

12. PLAZO DE EJECUCIÓN: De acuerdo con las actividades a desarrollar el plazo del contrato será hasta el 30 de septiembre de 2026, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

14. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO / CONVENIO: Para todos los efectos legales después de la reinversión y adición a realizarse el valor total del contrato será por la suma de **OCHOCIENTOS NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ($809.869.614).**

FORMA DE PAGO: CLAUSULA SEXTA – FORMA DE PAGO: Modificar la Forma de Pago de la siguiente manera:

VIGENCIA	No. DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSO
2026	1	$ 2.807.480
2026	2	$ 86.751.238
2026	3	$ 95.089.330
2026	4	$ 103.427422
2026	5	$ 95.089.330
2026	6	$ 95.089.330
2026	7	$ 95.089.330
2026	8	$ 95.089.330
2026	9	$ 95.089.300
2026	10	$ 46.347.494

La presente Modificación contractual quedó aprobada en el Comité de Gestión de la Regional Magdalena del ICBF Nro. 16 de fecha veintiocho (28) de julio del dos mil veintiséis (2026).

Finalmente, todas las estipulaciones, términos y condiciones pactados en el contrato de aporte inicial, y no modificadas en la presente justificación, continúan vigentes sin variación alguna

PÚBLICA

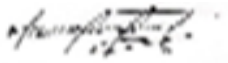
BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (PREVIO A LA MODIFICACIÓN)

	Balance Financiero de la Contratación	
	VALOR INICIAL CONTRATO CONVENIO:	**$ 610.066.148**
	VALOR APORTE ICBF:	$ 610.066.148
	VALOR APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
	VALOR TOTAL ADICIONES	**$ 58.366.644**
	VALOR ADICIÓN APORTE ICBF:	$ 58.366.644
	VALOR ADICIÓN APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
	VALOR TOTAL REDUCCIONES	
	VALOR REDUCCIÓN APORTE ICBF:	$ 0
	VALOR REDUCCIÓN APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
	VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO	**$ 668.432.792**
1	VALOR TOTAL APORTE ICBF	$ 668.432.792
	VALOR TOTAL APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
	VALOR TOTAL EJECUTADO:	**$ 619.690.954**
2	VALOR EJECUTADO APORTE ICBF:	$ 619.690.954
	VALOR EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
3	PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	$ 619.690.954
4=(1-2)	VALOR A LIBERAR A FAVOR DEL ICBF:	$ 0
	VALOR NO EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0
5=(2-3)	SALDO POR PAGAR AL CONTRATISTA:	$ 0
	SALDO REINTEGRADO A FAVOR DELL ICBF	$ 0
6=(3-2)	SALDO POR REINTEGRAR A FAVOR DEL ICBF	$ 0
	VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO:	**$ 668.432.792**

ANEXOS

Invitación enviada al contratista
Aceptación del contratista, con los anexos de la entidad jurídica, de su representante legal y Revisor Fiscal (en caso de que aplique).
Flujo de pago, CDP, PACCO

FIRMA LA SOLICITUD



MARTA PINEDA AMAYA
Supervisora contrato No. 47006662025
Centro Zonal Fundación
Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas
ICBF – Regional Magdalena

¡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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REGIONAL:	Magdalena
ÁREA O GRUPO:	CENTRO ZONAL FUNDACIÓN
TERCERO:	REHABILITACION INTEGRAL-FRI
NIT O CC:	900085882-9
CONTRATO O ACTO ADMINITRATIVO No:	47006662025
VALOR TOTAL CT O ACTO ADMINISTRATIVO:	807.062.134
VIGENCIA(S) FUTURA(S):	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL																	
ITEM	CDP	RPC	IDENTIFICADOR	DEPENDENCIA DE GASTO	RECURSO	VALOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT	TOTAL FLUJO	SALDO
1	19126	19126	4602-1500-10-704040	122	27	$ 807.062.134	86.751.238	95.089.330	103.427.422	95.089.330	95.089.330	95.089.330	95.089.330	95.089.330	46.347.494	807.062.134	0,00
																	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
																0,00	0,00
TOTAL						807.062.134	86.751.238	95.089.330	103.427.422	95.089.330	95.089.330	95.089.330	95.089.330	95.089.330	95.089.330	807.062.134	0,00

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