

Yo, **ALEXANDER CANOLES MARIN**

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: **NIL** No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **900.085.882-9**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONTRATO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **47007192024** FECHA SUSCRIPCIÓN: **30** **diciembre** **2024**

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: **30** **diciembre** **2024** HASTA: **31** **marzo** **2025** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **12** **febrero** **2025**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **Vigencia** PAGO No.: **2** DE **4**

VALOR A PAGAR: **\$ 8.168.319,00** EN LETRAS: **OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS MCTE**

PERÍODO DE PAGO DESDE: **30** **diciembre** **2024** HASTA: **31** **diciembre** **2024**

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	260324	21	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	\$ 8.168.319,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: **BANCO AV VILLAS** NÚMERO DE CUENTA: **85327486** TIPO DE CUENTA: **AHORRO**

3. OBSERVACIONES

Los documentos solicitados al operador son factura o cuenta de cobro con el valor total de los cupos contratados, certificado honorarios, certificado parafiscales, certificado par y salvo proveedores, copia cedula, junta central de contadores, copia de la cedula del revisor fiscal, informe técnico, administrativo, legal, financiero, soportes y anexos donde se evidencie el cumplimiento de las obligaciones, valor programado \$8.168,319

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: \$ A EN LETRAS:

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: \$ CUOTA NÚMERO: DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO VALOR: **\$ 8.168.319,00**

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA VALOR:

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA VALOR:

TOTAL PAGO CORRIENTE VALOR: B

TOTAL A PAGAR (A+B) VALOR: **\$ 8.168.319,00**

SUPERVISORES, INTERVENTORES O INTERLOCUTORES DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ALEXANDER CANOLES MARIN	SUPERVISOR	MAGDALENA	ASISTENCIA TÉCNICA	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DAYANIS MILENA MENDEZ CERVANTES	APOYO FINANCIERO	MAGDALENA	ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DAYANIS MILENA MENDEZ CERVANTES	ASISTENCIA TÉCNICA		12/02/2025

ESPACIO PARA SER ENDEICADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURAS

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



CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO	
Nº. CONTRATO DE APOORTE	ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS
47007192024 30/12/2024	FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL, identificada con el NIT N° 900.085.882-9 representado por MARIA MONICA RUBIO ZAMORA identificada con cédula de ciudadanía No. 1.083.041.473
OBJETO DEL CONTRATO	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.
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	El valor del presente contrato será por la suma de TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHENTA Y OCHO PESOS MCTE (\$386.768.088) .
FORMA DE PAGO	El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: Un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles a la legalización del contrato por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de enero, presentando los siguientes documentos: (1) Certificación Bancaria. (2) Aprobación de Garantía. (3) Acta de Inicio y (4) Los exigidos en la resolución 3333 de 2015 que apliquen teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. Los recursos no ejecutados del alistamiento de enero deberán ser reembolsados los primeros 15 días hábiles de abril de 2025 una vez aprobada la cuenta por parte del supervisor del contrato y adjuntando los soportes requeridos para la legalización de la cuenta de cobro. (ii) tres (3) desembolsos mensuales vencidos para la vigencia 2025, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del pago mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM 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 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 pago 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 de pago 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 pago correspondiente al mes de marzo, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente.
VALOR PARA DESEMBOLSAR	Yo, ALEXANDER CANOLES MARIN en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos del pago de la legalización de 30-31 DICIEMBRE de la vigencia 2024, 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.

	Para los días 30-31 de diciembre 2024 se presentaron gastos administrativos. En razón a ello, autorizo el pago de OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS MCTE (\$8.168.319),		
INFORMACION PRESUPUESTAL	CDP: 90924 COPROMISO: 260324 RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-122 RECURSO: 21		
FECHA CERTIFICACION	DIA: 12	MES: FEBRERO	AÑO: 2025



ALEXANDER CANOLES MARIN
Supervisor de Contrato 47007192024
Regional Magdalena

Revisó y Aprobó: ALEXANDER CANOLES - Supervisor de contrato
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 09

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

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

LEGALIZACION 47007192024

Vigencia 30 – 31 diciembre 202 \$8.168.319

OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS MCTE.

TOTAL.....\$ 8.168.319

30/01/2025

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 de 2003, 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. 853227486 BANCO AV VILLAS

Para trámites de PAGO NOMINAS, SERVICIOS DEL CONTRATO 47007192024



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



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

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

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No1.083.041.473 de la 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 **ENERO DE 2025**, de acuerdo con lo estipulado en el contrato vigente con profesionales y las obligaciones específicas, cláusula 4 forma de pago "La FUNDACIÓN REHABILITACION INTEGRAL, cancelará el valor total del presente de la siguiente manera: número de pagos, cada uno por valor estipulado de acuerdo al contrato vigente. todo mes vencido, el pago se efectuará previa certificación del coordinador (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 47007192024 vigente entre la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL Y EL INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.

El presente certificado se expide dando cumplimiento al decreto 2650 de 1993. 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 enero de 2025.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



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 **ENERO 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 **ENERO 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 enero de 2025.

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



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



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 **ENERO 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 enero 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.



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 148433



FIAMA 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:

A80A62F9C0399C9B

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 CIUDADANIA 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 04 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

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