Yo, **HELEN JELENY VILLADA PÉREZ**

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 | **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | **890982597** | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | **05006542024** | FECHA SUSCRIPCIÓN | 20 (día) | marzo (mes) | 2024 (año) | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 1 (día) abril (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2024 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO** | | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | **12 (día) mayo (mes) 2024 (año)** | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | **Vigencia** | PAGO No: | **2** | DE | **3** |
| VALOR A PAGAR | **$ 677.914** | EN LETRAS | **SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M.L** | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) abril (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) abril (mes) 2024 (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** | **179924** | **21** | **C-4602-1500-10-704040-4602014-02** | **112** | **A 02-02-02-009-003-03** | **$ 677.914** |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 DE BOGOTA S. A. | NÚMERO DE CUENTA | **232326439** | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

1. SOPORTES REGLAMENTARIOS PARA EL PAGO: (Resolución y lineamientos internos del ICBF): Certificación de pago, planilla de liquidación, Factura de venta, certificacion de paz y salvo de seguridad social,Planilla de pago de seguridad social,certificacion de talento humano,copia acta de inicio, copia de poliza
2. SOPORTES ESPECIALES PARA PAGO FIJADOS EN EL CONTRATO: (1) Informe mensual 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, avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) planilla de usuarios (as) atendidos; (3) certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, (4) informe mensual de ingresos y gastos; (5) certificado de cumplimiento de pago a proveedores; (6) certificación emitida por el revisor fiscal o contador sobre el cumplimiento del pago al sistema de seguridad social y aportes parafiscales; (7) factura de venta.

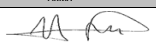
**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 677.914 | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | 677.914 | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | 677.914 | |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| **HELEN JELENY VILLADA PÉREZ** | SUPERVISORA | ANTIOQUIA | **ABURRA NORTE** |  |
| **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** |
| **MARIA DE LOS ANGELES URIBE CASTAÑEDA** | FINANCIERA | ANTIOQUIA | **ABURRA NORTE** |  |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| | | | |

| 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 |
| | | | |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Yo, **HELEN JELENY VILLADA PÉREZ**

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 | **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | **890982597** | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | **05006542024** | FECHA SUSCRIPCIÓN | 20 (día) | marzo (mes) | 2024 (año) | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 1 (día) abril (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2024 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO** | | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | **12 (día) mayo (mes) 2024 (año)** | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | **Vigencia** | PAGO No: **2** DE **3** | |
| VALOR A PAGAR | **$ 957.529.282** | EN LETRAS | **NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M.L** |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) abril (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) abril (mes) 2024 (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** | **179924** | **21** | **C-4602-1500-10-704040-4602014-02** | **123** | **A 02-02-02-009-003-03** | **$ 957.529.282** |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 DE BOGOTA S. A. | NÚMERO DE CUENTA | **232326439** | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

1. SOPORTES REGLAMENTARIOS PARA EL PAGO: (Resolución y lineamientos internos del ICBF): Certificación de pago, planilla de liquidación, Factura de venta, certificacion de paz y salvo de seguridad social,Planilla de pago de seguridad social,certificacion de talento humano,copia acta de inicio, copia de poliza
2. SOPORTES ESPECIALES PARA PAGO FIJADOS EN EL CONTRATO: (1) Informe mensual 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, avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; (2) planilla de usuarios (as) atendidos; (3) certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, (4) informe mensual de ingresos y gastos; (5) certificado de cumplimiento de pago a proveedores; (6) certificación emitida por el revisor fiscal o contador sobre el cumplimiento del pago al sistema de seguridad social y aportes parafiscales; (7) factura de venta.

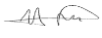
**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 957.529.282 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | 957.529.282 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | 957.529.282 |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| **HELEN JELENY VILLADA PÉREZ** | SUPERVISORA | ANTIOQUIA | **ABURRA NORTE** |  |
| **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** |
| **MARIA DE LOS ANGELES URIBE CASTAÑEDA** | FINANCIERA | ANTIOQUIA | **ABURRA NORTE** |  |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| | | | |

| 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 |
| | | | |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**República de Colombia**
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
**Cecilia de la Fuente de Lleras**
**Regional Antioquia**
**Grupo de Protección**

**CERTIFICACION DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS Y COSTOS PARA INSTITUCIONES DE PROTECIÓN PROYECTO 7**
**VIGENCIA FISCAL 2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | | **NIT:** | **890.982.597** |
| **PERIODO** | **DEL 1/04/2024 AL 30/04/2024** | **CONTRATO No.** | **05006542024** |
| **MODALIDAD:** | **HOGAR SUSTITUTO-VULNERACION** | | |
| **CUPOS CONTRATADOS:** | **500** | **DURACIÓN DEL CONTRATO:** | Abril 1 de 2024 hasta junio 30 de 2024 |
| **VALOR CUPO MES:** | **$ 1.506.988,00** | **COSTO FIJO %:** | **44,70%** |
| **VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES** | | | **2.920.481.995** |

El suscrito supervisor del Centro Zonal Aburra Norte certifica que **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**, con nit No. **890982597** viene cumpliendo idonea y correctamente el objeto del contrato de aporte **No. 05008082023:** BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

**LIQUIDACIÓN DE CUPOS DEL PERIODO**

| CUPOS UTILIZADOS TOTALMENTE | | | CUPOS UTILIZADOS PARCIALMENTE | | | | TOTAL CUPOS UTILIZADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cupos Utilizados Totalmente** | **Valor Mes Cupo Utilizado** | **Sub-Total** | **Numero de Dias** (Sumatoria de todos los niños que fueron atendidos menos de 30 dias o menos de 6 seciones) | **Dias Convertidos a Cupos Utilizados** | **Valor Mes Cupo Utilizado** | **Sub-Total** | |
| **474** | 1.506.988 | $ 714.312.312 | 517 | **17,23** | 1.506.988 | 25.965.403 | 740.277.715 |
| | | | | | | | |
| **SUBTOTAL** | | | | | | | **740.277.715** |

| LIQUIDACIÓN DE CUPOS NO UTILIZADOS E INEJECUCIÓN DEL PERIODO | | | | | | VALORES LIQUIDADOS A PAGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CUPOS NO UTILIZADOS | | | INEJECUCIÓN DEL PERIODO | | | | |
| **Cupos No Utilizados Totalmente** | **Valor Costo Fijo Mes Cupo No Utilizado** | **Sub-Total** | **Numero de Dias** (Sumatoria de todos los niños que fueron atendidos menos de 30 dias o menos de 6 seciones) | **Dias Convertidos a Cupos Utilizados** | **Valor Mes Cupo Utilizado** | **Sub-Total** | **TOTAL CUPOS NO UTILIZADOS** |
| **8,77** | 673.623,64 | $ 5.907.679 | | | | | $ 5.907.679 |
| **SUBTOTAL** | | | | | | | **$ 5.907.679** |

| | |
|---|---|
| **(+)SUBTOTAL CUPOS** | $ 746.185.394 |
| **(+) BECA MADRES SUSTITUTAS** | $ 209.827.221 |
| **(+) BENEFICIO RESOLUCION 3444 DE 2016** | $ 1.516.667 |
| **RUBRO C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112** | $ 677.914 |
| **VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:** ==========> | **$ 958.207.196** |
| **SON:** | **NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS M.L** |

**La presente liquidación corresponde al analisis de las condiciones de la ejecución del contrato N° 05006542024, por parte del equipo de supervisión, de acuerdo con las clausulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago del servicio prestado**

El contratista ha cumplido a cabalidad con los pagos de aportes parafiscales y seguridad social.

Identificador: C-4602-1500-10-704040-4602014-02

Compromiso Presupuestal SIFF NACION II: **179924**

HELEN JELENY VILLADA PÉREZ
FIRMA (Supervisora)

MARIA DE LOS ANGELES URIBE CASTAÑEDA
FIRMA (Asesor Financiero)

DIANA MILENA ROJAS PINEDA
FIRMA ( Tecnico de contrato )

**Calle 45 No. 79 -141 Medellín - Tel 409 34 40**
**Fax 411 07 02**
**Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080**
**www.icbf.gov.co**

| | |
|---|---|
| **FECHA: DD/MM/AAAA** | 7/05/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RAZON SOCIAL:** | INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA | | |
| **NIT** | 890982597-7 | | |
| **CORREO:** | financiera@hogarsantaclara.org | | |
| **DIRECCION:** | CALLE 51 #63-87 | **TELEFONO:** | 6043059201 |
| **CIUDAD:** | COPACABANA | **BARRIO:** | EL REMANSO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RAZON SOCIAL:** | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | |
| **NIT** | 899999239-2 | | |
| **DIRECCION:** | CALLE 45 #79-141 | **TELEFONO:** | 6044093440 |
| **REGIONAL:** | ANTIOQUIA | **CIUDAD:** | MEDELLIN |

| #CONTRATO | DESCRIPCION | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 05006542024 | BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF. | | |
| | PERIODO ABRIL | 957.529.282 | 957.529.282 |
| | | **TOTAL** | **$ 957.529.282** |

| | |
|---|---|
| **VALOR EN LETRAS:** | NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS ML |

**REPRESENTANTE LEGAL**

**RECIBIDO**

Copacabana, mayo 7 de 2024

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT 899.999.239-2

Debe a:

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

NIT 890982597-7

Calle 51 #63-87 Barrio El Remanso

Teléfono: 6043059201

La suma de:

Seiscientos setenta y siete mil novecientos catorce pesos ml

($677.914)

Por concepto de:

Ejecución del rubro 112 en el mes de abril 2024 del contrato de aportes N° 05006542024 cuyo objeto es: brindar atención a las niñas, los niños y adolescentes que tienen un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, en la modalidad hogar sustituto, de acuerdo con los documentos técnicos vigentes expedidos por el ICBF.

Relación: Acompañamiento hospitalario abril.

| Nombre beneficiario | Valor |
|---|---|
| María Andrea Benítez | $209.914 |
| Geovany Arenas Montoya | $78.000 |
| Total | **$287.914** |

Relación: tratamientos odontológicos-medicamentos-lentes

| Nombre beneficiario | Valor | Concepto |
|---|---|---|
| Estefany Camila Martínez Rúa | $390.000 | Lentes |
| Total | **$390.000** | |

Por favor consignar en la Cuenta de ahorros Banco de Bogota #232326439

**Hermana María Amanda Miranda Betancur**
**Representante Legal**

**ASEPRO**
NORA CORRALES OROZCO
NIT: 43’436.030-1
Asesorías Contables Jurídicas y Tributarias

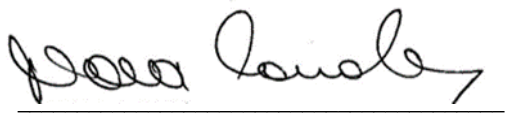
Medellín, mayo 5 de 2024

Señores:
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

**NORA DEL SOCORRO CORRALES OROZCO**, identificado con C.C 43’436.030 de la ciudad de Bello, en mi calidad de Revisora Fiscal del **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** con NIT. 890.982.597-7. Manifiesto bajo gravedad de juramento que la institución, efectivamente se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos sus Proveedores de bienes y servicios con corte al 30 de abril de 2024, con los que maneja una periodicidad de pago a 30 días.

Atentamente,



**NORA CORRALES OROZCO**
CC 43’436.030
T.P: 125.200-T

Calle 51 Nº 74-53 Of. 305 Medellín Teléfono: 4 36 04 36 Telefax: 4366630
E-mail: aseprocontadora@gmail.com

Soluciones Contables
**MIRIAM MESA MOLINA**
**CC 39.201.009**

## CERTIFICADO DE TALENTO HUMANO

La suscrita Representante legal y la contadora del INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA, identificado con NIT: 890.982.597-7; Hacen constar que el personal contratado para la ejecución del contrato número 05006542024 en la modalidad de HOGAR SUSTITUTO, cumplen con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos y con el tiempo de dedicación exigido en las tablas de talento humano para la modalidad. Igualmente certificamos que:

- Ningún empleado supera el tiempo completo definido en las normas laborales
- Ningún empleado supera el valor del salario estipulado en la tabla de talento humano.
- Ningún empleado desempeña funciones diferentes al perfil al que fue contratado.
- Trimestralmente se realiza consulta de antecedentes, medidas correctivas y consulta de antecedentes por delitos sexuales contrato NNAJ

Relación de novedades en el mes de abril:

| CC | NOMBRE | CARGO | NOVEDAD | FECHA/DIAS | GESTION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1035431121 | Manuela Duque Ramírez | Trabajo social | Remplazo de la TS Mónica Sepúlveda | 10/04/2024 | Mónica presenta carta de renuncia 1 de abril |
| 1035863612 | Johanna Vanessa Castro Zapata | Psicóloga | Remplazo de Manuela Flórez Osorio | 4/04/2024 | Manuela presenta carta de renuncia 2 de abril |
| 1038415455 | Isabel Cristina Corrales Ocampo | Nutricionista | Remplazo de Laura Camila Araque | 8/04/2024 | Laura presenta carta de renuncia 3 de abril. |
| 1152454508 | Mileny Alejandra Restrepo Caro | Trabajo social | Remplazo de Ledys Vanesa Rúa | 17/04/2024 | Vanessa presenta carta de renuncia 13 de abril. |

Calle 83B Nº 57-23 3 Piso Itagüí Teléfono: 2 55 44 81 Cel. 300 600 06 03
E-mail: miriammesa.solucionescontables@gmail.com

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1152444724 | Melissa Gómez Muñoz | Trabajo social | Remplazo de Ana María Guarín | 25/04/2024 | Ana María presenta carta de renuncia 20 de abril. |
| Se presentaron 4 incapacidades entre 2 y 14 días como máximo. | | | | | |

Se tiene la vacante de auxiliar administrativa con posible ingreso para el 7 de mayo.

Dada en el municipio de Copacabana a los 5 días del mes de mayo del año 2024.

HNA. MARIA AMANDA MIRANDA B.
RÈPRESENTANTE LEGAL

MIRIAM MESA MOLINA
CONTADORA
CC 42677536 -T.P. 153222-T

**ASEPRO**
NORA CORRALES OROZCO
NIT: 43’436.030-1
Asesorías Contables Jurídicas y Tributarias

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**NORA CORRALES OROZCO** identificada con la cédula de ciudadanía N° 43'436.030 de Bello (Antioquia), en calidad de Revisora Fiscal del **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**, con NIT **890.982.597– 7,** luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la Institución ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

***Dada en la ciudad de Medellín a los 5 días del mes de mayo de 2024.***

**NORA CORRALES OROZCO**
Tarjeta Profesional No 125200-T
En calidad de: Revisora Fiscal

Calle 51 Nº 74-53 Of. 305 Medellín Teléfono: 4 36 04 36 Telefax: 4366630
E-mail: aseprocontadora@gmail.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0BC4EC8D994248D8

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

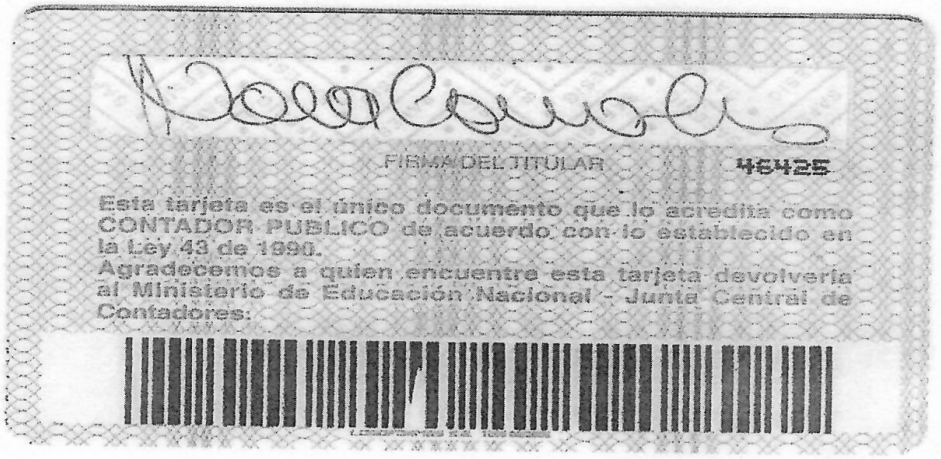
**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NORA DEL SOCORRO CORRALES OROZCO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 43436030 de BELLO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 125200-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
125200-T
NORA DEL SOCORRO
CORRALES OROZCO
C.C. 43436030
RESOLUCION INSCRIPCION 1754 FECHA 2007/03/08
UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA
PRESIDENTE
LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 135317


FIRMA DEL TITULAR
46425
Esta tarjeta es el único 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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.436.030**

**CORRALES OROZCO**

APELLIDOS

**NORA DEL SOCORRO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1966**

**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**15-JUN-1984 BELLO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0104900-00139800-F-0043436030-20081219 **0008**416134A 1 2190015815

Universidad Autónoma Latinoamericana
Personería Jurídica, Resolución 203 de 1968 de la Gobernación de Antioquia.

**FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA**
**CÓDIGO SNIES N° 18144657083050011200**

ACTA DE GRADO NÚMERO: DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO (2338)
TÍTULO DE: **CONTADOR PÚBLICO**
DE: **NORA DEL SOCORRO CORRALES OROZCO**, C.C. N° 43.436.030 de Bello

En la ciudad de Medellín, a las 6: 00 p.m.. del siete (7) de diciembre de dos mil seis (2006). se reunieron en el Auditorio Rafael Uribe Uribe, aula máxima de la Universidad Autónoma Latinoamericana. los doctores:

JAIRO URIBE ARANGO, Rector de la Universidad: JORGE ALBERTO SÁNCHEZ GIRALDO, Decano de la Facultad de Contaduría Pública y ALVARO OCHOA MORALES, Secretario General de la Universidad, con el objeto de otorgar a la egresada NORA DEL SOCORRO CORRALES OROZCO el título de CONTADOR PÚBLICO.

Este título lo confiere la Universidad autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, Viceministerio de Educación Superior, mediante Resolución N° 5237 de 2006, por la cual le fue concedido registro calificado al programa de Contaduría Pública de esta Universidad.

a la egresada en mención ha satisfecho los siguientes requisitos:

a) Cursar y aprobar la totalidad de las asignaturas que integran el plan de estudios de la Facultad de Contaduría Pública.
b) Cumplir reglamentariamente el Servicio Social Universitario.
c) Cumplir los demás requisitos académicos, económicos y administrativos exigidos por la Universidad.

Iniciada la sesión, el señor Rector dispuso que por la Secretaría General fuesen leídas las Resoluciones que autorizan el grado, así como la presente acta, luego de lo cual exigió a la egresada el juramento de rigor, en los siguientes términos:

*"¿JURÁIS A DIOS Y PROMETÉIS A LA PATRIA ACATAR Y CUMPLIR LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, SOSTENER SU INDEPENDENCIA Y LIBERTADES, PRACTICAR VUESTRA PROFESIÓN DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE LA ÉTICA Y TRABAJAR POR EL ADELANTO Y PROGRESO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA?".*

Prestado el juramento por la graduanda, el Señor Rector de la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le hizo entrega del diploma que la acredita como CONTADOR PÚBLICO y la declaró idónea para ejercer la profesión.

En constancia firman,

JAIRO URIBE ARANGO
Rector

JORGE ALBERTO SÁNCHEZ GIRALDO
Decano

NORA DEL SOCORRO CORRALES OROZCO
Graduando

ÁLVARO OCHOA MORALES
Secretario General

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA
EXTENSIÓN [illegible]

Recibí lo de 2271 Folio 1379
Fecha 13-XII-2006

Director de Admisiones y Registro

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE LA

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

EN CONSIDERACIÓN A QUE

NORA DEL SOCORRO CORRALES OROZCO

HA COMPLETADO LOS ESTUDIOS SUPERIORES QUE LA LEY SEÑALA, LE CONFIERE EL TITULO DE

# CONTADOR PÚBLICO

MEDELLÍN, 7 DE JUNIO DE 2005

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

# Desembolso contratos de aportes de protección Centro Zonal Aburra Norte.

Helen Jeleny Villada Pérez <Helen.Villada@icbf.gov.co>

Jue 16/05/2024 12:18

Para:Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>
CC:Nelly Patino Arboleda <Nelly.Patino@icbf.gov.co>;Angela Bibiana Osorio Patiño <Angela.Osorio@icbf.gov.co>;Lina Vanessa Giraldo Osorno <Lina.GiraldoO@icbf.gov.co>;Maria De Los Angeles Uribe Castañeda <MariaC.Uribe@icbf.gov.co>

Cordial Saludo mi estimada Ana Milena;

Certifico para efectos del presente pago, que los operadores relacionados en el siguiente cuadro cumplió 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 de2002 o ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65de la Ley 1819 de 2016, además cumple a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

| CONTRATO | CONTRATISTA | MODALIDAD | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| 05006992024 | CONGREGACION DE RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES | INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL | 860005068-3 |
| 05007002024 | ASOCIACIÓN DE PEDAGOGOS REEDUCADORES EGRESADOS DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ "ASPERLA" | INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL | 800198682-5 |
| 05006542024 | INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA | HOGAR SUSTITUTO | 890982597-7 |
| 05006582024 | INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA | INTERNADO | 890982597-7 |
| 05006672024 | CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE | INTERNADO | 860007314-1 |
| 05006702024 | CORPORACIÓN HOGAR VIDA NUEVA | INTERNADO-DISC | 901494218-6 |
| 05005702024 | CONFRATERNIDAD CARCELARIA DE COLOMBIA | INTERNADO-DISC | 860509118-7 |

"los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999”; y estos documentos de los contratos anteriormente relacionados.

han sido radicados mediante Orfeo con el radicado 202431004000053123

NOTA: Se hace extensivo el contenido de este correo al gerente del recurso, con el fin de que pueda realizar control y seguimiento al PAC gestionado del presente mes

Cordialmente,




**Helen Jeleny Villada Pérez**
Profesional Especializado
ICBF sede Regional Antioquia – Centro Zonal Aburrá Norte
Diagonal 54 # 42 B – 19 Bello Niquía
Teléfono: 604 409 3440,
www.icbf.gov.co
Clasificación de la información: **CLASIFICADA**