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	14 (día) julio (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**			
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			**10 (día) julio (mes) 2024 (año)**					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No: **4**	DE **4**
VALOR A PAGAR	**$ 531.040.064**	EN LETRAS	**QUINIENTOS TREINTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL SESENTA Y CUATRO PESOS M.L**
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) junio (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**	**$ 531.040.064**

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.

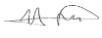
4. ANTICIPOS

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	531.040.064
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	531.040.064 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	531.040.064

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	14 (día) julio (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			**10 (día) JULIO (mes) 2024 (año)**				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**4**	DE	**4**
VALOR A PAGAR	**$ 3.094.635**	EN LETRAS	**TRES MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M.L**		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) junio (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**	**$ 3.094.635**

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.

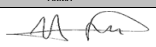
4. ANTICIPOS

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	3.094.635	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	3.094.635	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	3.094.635	

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**	**1/06/2024**	**AL**	**30/06/2024**	**CONTRATO No.**	**05006542024**	
MODALIDAD:	**HOGAR SUSTITUTO-VULNERACION**						
CUPOS CONTRATADOS:		**500**	**DURACIÓN DEL CONTRATO:**		Abril 1 de 2024 hasta julio 14 de 2024	**VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES**	**3.453.413.915**
VALOR CUPO MES:	**$**	**1.506.988,00**	**COSTO FIJO %:**	**44,70%**			

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. 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 TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

LIQUIDACIÓN DE CUPOS DEL PERIODO

CUPOS UTILIZADOS TOTALMENTE			**CUPOS UTILIZADOS PARCIALMENTE**				
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**	**TOTAL CUPOS UTILIZADOS**
472	1.506.988	$ 711.298.336	493	**16,43**	1.506.988	24.759.813	736.058.149
SUBTOTAL							**736.058.149**

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**
11,57	673.623,64	$ 7.793.826					$ 7.793.826
SUBTOTAL							**$ 7.793.826**

(+)SUBTOTAL CUPOS	$ 743.851.975
(+) BECA MADRES SUSTITUTAS	$ 208.339.443
(+) BENEFICIO RESOLUCION 3444 DE 2016	$ 866.667
(+) RUBRO C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112	$ 3.094.635
(+) DOTACIÓN DE CUMPLEAÑOS SEGÚN MEMORANDO 202420000000059543 DEL 15 DE MAYO DE 2024	$ 96.400.000
(-) DESCUENTO CUOTA DE SOSTENIMIENTO POR AUSENCIA DE LA MODALIDAD	$ 999.000
(-) DESCUENTO POR SOLICITUD DE REINTEGRO CON RADICADO 20243100400014383 1 POR RECURSOS NO EJECUTADOS 16 DIA DE ALISTAMIENTO	$ 517.419.021
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO: ==========>	**$ 534.134.699**

SON: **QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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	18/07/2024

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 JUNIO	952.059.085	952.059.085
	DOTACION CUMPLEAÑOS SEGÚN MEMORANDO 20242000000059543 DEL 15 DE MAYO DE 2024	96.400.000	96.400.000
	VALOR A DISMINUIR SEGÚN SOLICITUD DE REINTEGRO RADICADO 20243100400014383 1	517.419.021	517.419.021
		TOTAL	**$ 531.040.064**
VALOR EN LETRAS:	QUINIENTOS TREINTA Y UN MILLONES CUARENTA MIL SESENTA Y CUATRO PESOS ML		

MARIA AMANADA MIRANDA BETANCUR
CC 42677536
REPRESENTANTE LEGAL

RECIBIDO

Copacabana, julio 5 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:

Tres millones noventa y cuatro mil seiscientos treinta y cinco pesos ml

($3.094.635)

Por concepto de:

Ejecución del rubro 112 en el mes de junio 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 mayo.

Nombre beneficiario	Valor
Liam Betancur Otalvaro	$539.452
Roiber Baez Olivero	$228.457
Victor Alfonso Florez Agudelo	$480.976
Total	**$1.248.885**

Relación: tratamientos odontológicos-medicamentos-lentes

Nombre beneficiario	Valor	Concepto
Ana Maria Metaute Espinosa	$350.000	Lentes

Juan Pablo Urrego Tabares	$350.000	Lentes
Maria Isabel Urrego Tabares	$300.000	Lentes
Ana Sofia Urrego Tabares	$300.000	Lentes
María Tatiana Guisao Bedoya	$295.750	Lentes
Victor Manuel Arroyo David	$250.000	Lentes
Total	**$1.845.750**	

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

Hermana Maria Amanda Miranda Betancur
Representante Legal

Código correspondencia: **Verdana** 8 puntos, alineado a la izquierda.

Al contestar cite este número

Radicado No:
20243100400014383 1

Bello, 2024-07-18

Hermana
MARIA AMANDA MIRANDA BETANCUR
Representante Legal
Instituto De Hermanas Franciscanas De Santa Clara
Dirección: Vereda San Andres Km 1
Correo electrónico: financiera@hogarsantaclara.org
Teléfono: 3059201-3126517740

Solicitud reembolso recursos no ejecutados alistamiento del contrato de aporte N 05006542024.
Solicitud reembolso recursos no ejecutados alistamiento del contrato de aporte N° 05006542024

Cordial saludo, respetado operador

Con fundamento en la modificación realiza en el mes de junio al contrato 05006542024 en la cual se realizó la siguiente solicitud: Prorrogar el plazo de ejecución del contrato hasta el día 14 de julio de 2024 y adicionar un desembolso para cubrir los servicios prestados de la entidad contratista durante los 14 días del mes de julio. Igualmente, se solicitó modificar el numeral 7 (iii) en el sentido de que, en el pago correspondiente a los servicios del mes de julio, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro de los recursos correspondientes.

Teniendo en cuenta que en al inicio del contrato el ICBF desembolso los recursos del alistamiento por un valor equivalente al total de cupos contratados para los 30 días del mes de abril y que este valor que deberá validar con 14 días del mes de julio, se le solicita al operador reintegrar el valor de **QUINIENTOS DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTIÚN PESOS M.L (517.419.021)** que

corresponden a los 16 días del mes de julio donde la entidad contratista ya no estará prestando el servicio. Estos deberán ser reintegrados a la cuenta: Recursos propios CUENTA BANCOLOMBIA 61379979115- CORRIENTE convenio 41858

Es de recordar, que se debe remitir copia del documento donde conste el reembolso por recursos no ejecutados del alistamiento al supervisor del contrato y al Financiero, dentro de los dos (2) días siguientes a la consignación.

Cordialmente,



HELEN JELENY VILLADA PÉREZ
Supervisora de contratos de aporte de protección
Centro Zonal Aburrá Norte.

Proyectó: Maria De Los Angeles Uribe Castañeda

Copacabana, julio 18 de 2024

Doctora:
Helen Jeleny Villada Perez
Supervisora contrato de aportes 05006542024
Centro zonal Aburra Norte
Bello

Asunto: respuesta a solicitud de reembolso radicado # 20243100400014383 1

Cordial saludo.

Por medio de la presente, me permito dar respuesta al radicado 20243100400014383 1 referente al reembolso de los recursos no ejecutados alistamiento del contrato 05006542024.

"Teniendo en cuenta que en al inicio del contrato el ICBF desembolso los recursos del alistamiento por un valor equivalente al total de cupos contratados para los 30 días del mes de abril y que este valor que deberá validar con 14 días del mes de julio, se le solicita al operador reintegrar el valor de QUINIENTOS DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTIÚN PESOS M.L (517.419.021) que corresponden a los 16 días del mes de julio donde la entidad contratista ya no estará prestando el servicio. Estos deberán ser reintegrados a la cuenta: Recursos propios CUENTA BANCOLOMBIA 61379979115- CORRIENTE convenio 41858."

Acogiéndonos a la obligación 12 del componente financiero *"El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar."* Y Actuando como Representante Legal del Instituto de Hermanas Franciscanas de Santa Clara identificada con Nit 890982597-7, autorizo para que estos recursos se descuenten del cobro realizado para el mes de junio de la siguiente manera:

Valor cobrado atención Junio	Valor cobrado según memorando 202420000000059543 cumpleaños	Total, cobrado	Valor para descontar	Total, a pagar por el mes de junio
$952.059.085	$96.400.000	$1.048.459.085	$517.419.021	$531.040.064

Cordialmente,

Hna. María Amanda Miranda Betancur
Representante Legal
Instituto de Hermanas Franciscanas de Santa Clara

ASEPRO
NORA CORRALES OROZCO
NIT: 43’436.030-1

Medellín, julio 4 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 junio 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

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 4 días del mes de julio de 2024.

NORA CORRALES OROZCO
CC 43436030
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

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 contra NNAJ

Relación de novedades en el mes de junio:

CC	NOMBRE	CARGO	NOVEDAD	FECHA/DIAS	GESTION
1234992023	Solangie Manco Quintero	Psicóloga	Remplazo de Evelin Andrea Giraldo	31/05/2024	Evelin presenta carta de renuncia del 30 de mayo
1036925403	Yesi Fabiola Mosquera Serna	Psicóloga	Remplazo de Katherine Rodríguez	31/05/2024	Katherine presenta carta de renuncia el 30 de mayo

Dada en el municipio de Copacabana a los 4 días del mes de julio del año 2024.

HNA. MARIA AMANDA MIRANDA B.
REPRESENTANTE LEGAL

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4322F9A48E79813A

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 ******************************
****
****

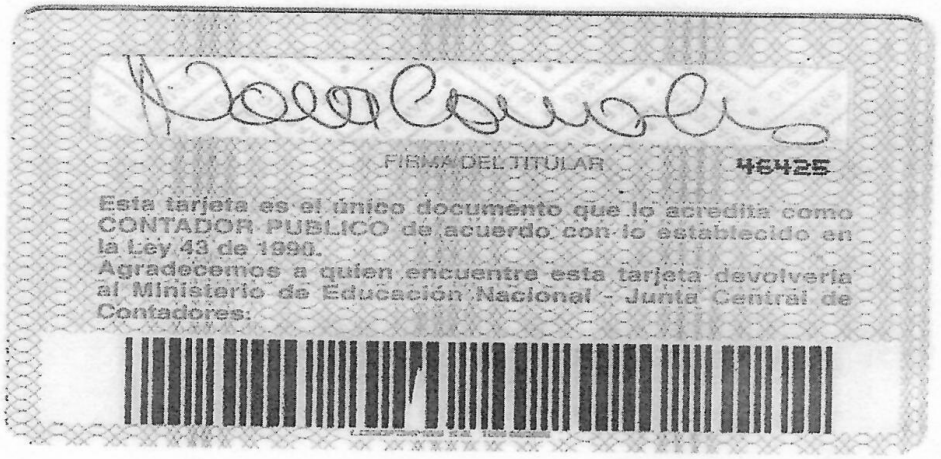
Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Junio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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


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

JUSTIFICACION PARA MODIFICACION DE *CONTRATO DE APORTE N° 05006542024* ***INFORMACION GENERAL***	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE APORTE
NUMERO	05006542024
OBJETO	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.
CONTRATISTA	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
SUPERVISOR	PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 19- HELEN JELENY VILLADA PÉREZ
VALOR INICIAL	2.920.481.995
PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del contrato a celebrar se contará a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, hasta el 30 de junio de 2024.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	20 de marzo de 2024
FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN O DE ACTA DE INICIO	1 de abril de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	30 de junio 2024
CDP	93024 para el año 2024
RP	179924 para el año 2024.
MODIFICACIONES REALIZADAS (en caso de que aplique)	
MODIFICACION	N. A
PRORROGAS	N. A
SUSPENSIÓNES	N. A
VALOR TOTAL	N. A
PLAZO FINAL	N. A
OTRAS MODIFICACIONES	N. A

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

<table>
<tr><th colspan="2"><u>INFORMACION DE LA SOLICITUD</u></th></tr>
<tr><td>TIPO DE MODIFICACION</td><td>
PRORROGA DEL PLAZO DE EJECUCIÓN, ADICIÓN DE RECURSOS Y MODIFICACION FORMA DE PAGO Y DEL COMPONENTE TECNICO ASI:

1. Se solicita prorrogar el plazo de ejecución del contrato hasta el día 14 de julio de 2024

2. Se solicita adicionar los aportes del ICBF para la vigencia 2024 en la suma de QUINIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M.L ($532.931.920), recursos que corresponden al rubro presupuestal C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123, recursos propios-21.

3.Se solicita modificar la forma de pago en el sentido de que se adicionará un desembolso para cubrir los servicios prestados de la entidad contratista durante los 14 días del mes de julio. Igualmente, en el numeral 7 (iii) que el pago correspondiente a los servicios del mes de julio, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro de los recursos correspondientes; no obstante, si finalizado el contrato quedara algún recurso pendiente de desembolso por parte del ICBF, este se hará a través de un desembolso adicional. En todo lo demás la forma de pago continua vigente.

4. Se solicita modificar el componente técnico de las obligaciones especificas del contratista adicionando la siguiente: De conformidad con la Resolución número 1862 del 26 de abril de 2024 emitida por la Dirección Nacional del ICBF, y el memorando radicado N° 20242000000059543 de Mayo 15 de 2024 emitido por la Dirección de Protección, la entidad contratista deberá entregar en el mes de junio de 2024 a cada uno de los beneficiarios del programa una dotación personal adicional a las que actualmente viene entregando, para la celebración del onomástico, atendiendo a lo establecido en el memorando y resolución citadas, documentos que harán parte del contrato que acá se modifica

Con esta adición el contrato quedara con un valor total y distribuido por vigencias de la siguiente manera.
<table>
<tr><th>VIGENCIA</th><th>RUBRO PRESUPUESTAL</th><th>RECURSO</th><th>REGISTRO PRESUPUESTAL</th><th>VALOR TOTAL</th></tr>
<tr><td>2024</td><td>C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123</td><td>Propios-21</td><td>179924</td><td>$ 3.443.413.915</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112</td><td>Propios-21</td><td>179924</td><td>10.000.000</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

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

	VALOR TOTAL | $ 3.453.413.915 *El contratista se obliga a informar de la presente modificación a la aseguradora que ampara las garantías del presente contrato. Las demás cláusulas del contrato de aporte se mantienen iguales.
VALOR ADICIONAR	Se solicita adicionar los aportes del ICBF para la vigencia 2024 en la suma de QUINIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M.L ($532.931.920), recursos que corresponden al rubro presupuestal C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123, recursos propios –– 21.
CDP	93024
FORMA DE PAGO	Se solicita modificar la forma de pago en el sentido de que se adicionará un desembolso para cubrir los servicios prestados de la entidad contratista durante los 14 días del mes de julio. Igualmente, en el numeral 7 (iii) que el pago correspondiente a los servicios del mes de julio, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro de los recursos correspondientes; no obstante, si finalizado el contrato quedara algún recurso pendiente de desembolso por parte del ICBF, este se hará a través de un desembolso adicional. En todo lo demás la forma de pago continua vigente.
PRÓRROGA	Se solicita prorrogar el plazo de ejecución del contrato hasta el día 14 de julio de 2024
SUSPENSIÓN	N.A.
LIBERACIÓN	N.A.
OTRA MODIFICACIÓN	N.A.

JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACÍON
La presente modificación se justifica en el hecho de que a la fecha existen una cantidad de beneficiarios del programa administrado por la entidad contratista, con procesos administrativos de restablecimiento de derechos vigentes, y teniendo en cuenta que el plazo del contrato expirara el 30 de junio, se hace necesario extender el plazo de ejecución del contrato hasta el 14 de julio, para garantizar los derechos de la población anotada. Adicional a esto, mediante Resolución 1862 de 2024, la dirección nacional del ICBF modificó los lineamientos de programación vigentes, y determinó que a los beneficiarios del programa se les debe

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

entregar un dotación personal adicional a las que se han venido entregando, a fin de celebrarles el onomástico, teniendo en cuenta que el cumpleaños es una fecha importante en la vida personal de cada individuo para seguir juntando experiencias, aprendiendo y mejorando su proceso de vida y por ello cree necesario entregarles una dotación adicional por dicho motivo.

La prórroga del contrato y la modificacion de los lineamientos de programación vigentes, demanda la adición de recursos en función del plazo prorrogado, del número de cupos contratados, el valor cupo vigente, y la entrega de la dotación adicional para la modalidad contratada, los cuales ascienden a la suma de QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M.L ($552.741.644), y para ello adicionaremos nuevos recursos por valor de QUINIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M.L ($532.931.920). El valor restante será financiado con recursos provenientes de la inejecución que a la fecha presenta el contrato.

ANEXOS	- Flujo de pago. - MEMORANDO Radicado No: 20242000000059543.

FIRMA LA SOLICITUD



HELEN JELENY VILLADA PÉREZ
Supervisora

PÚBLICA

RV: Oficio de Notificación PRORROGA Y ADICION (532.931.920) AL CONTRATO DE APORTES Nro.05006542024-INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

Francisco Javier Hurtado Hernandez <Francisco.Hurtado@icbf.gov.co>

Jue 27/06/2024 10:31

Para:Maria De Los Angeles Uribe Castañeda <MariaC.Uribe@icbf.gov.co>

8 archivos adjuntos (2 MB)

05006542024.pdf; 2. JUSTIFICACION CTO 05006542024 SANTA CLARA HS version 3.pdf; 3. CDP 93024 ADICION CTO 6542024.pdf; 4. PACCO 13235 CTO 6542024.pdf; 20 .Relación de pagos.pdf; RPC 179924 ADICION CTO AP 05006542024 INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA.pdf; POLIZA CUMPLIMIENTO CONT 05006542024 (1).pdf; POLIZA RESPONSABILIDAD CONT 05006542024 (4).pdf;

Buenos dias. PSI

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

FRANCISCO JAVIER HURTADO HERNANDEZ
Contratista
Grupo de Protección
ICBF Sede Regional Antioquia
Calle 45 N° 79 141
Teléfono: 6093440 Ext.400088
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Alexia Maria Velez Velez <Alexia.Velez@icbf.gov.co>
Enviado el: jueves, 27 de junio de 2024 10:19 a. m.
Para: Leg_Contratos Antioquia <legalizacion.contratosant@icbf.gov.co>; Helen Jeleny Villada Pérez <Helen.Villada@icbf.gov.co>
CC: Diana Cecilia Zabala Mazo <Diana.Zabala@icbf.gov.co>; Lina Vanessa Giraldo Osorno <Lina.GiraldoO@icbf.gov.co>
Asunto: Oficio de Notificación PRORROGA Y ADICION (532.931.920) AL CONTRATO DE APORTES Nro.05006542024-INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

NOTIFICACION

31200-16-1

Medellín,

PARA: **SUPERVISORA: HELEN JELENY VILLADA PÉREZ**

ASUNTO: Oficio de Notificación PRORROGA Y ADICION (**532.931.920**) AL CONTRATO DE APORTES Nro.**05006542024,** suscrito el 22 de Junio de 2024

CONTRATISTA(S)	**INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**
REG. PRESUPUESTAL Nro.	**179924** con movimiento del 22 de Junio de 2024
FECHA DE APROBACION DE LAS GARANTIAS	27 DE JUNIO DE 2024

Para su conocimiento se le delega la supervisión del contrato que se legaliza en el presente correo, adjunto documentos de la referencia, correspondientes Adición Y Modificación al contrato de Aportes No. **05006542024** suscrito entre el **ICBF Y INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** En tanto que el contratista cumplió con los trámites de legalización. **Se prorrogará el plazo del contrato hasta el 14 de julio de 2024. Se modifica el componente técnico de las obligaciones específicas, conforme a la justificación técnica. Se modifica la forma de pago, conforme a la justificación técnica. Se adicionan recursos por valor de $532.931.920. El valor total del contrato quedará en $3.453.413.915. Todas las estipulaciones, términos y condiciones pactados en el Contrato no modificadas ni contrarias al presente documento, permanecerán vigentes sin variación alguna**. En consecuencia, de lo anterior, le solicito de manera atenta ponerse en contacto con el (los) contratista (s) para informarle (s) sobre el asunto y además hacerle(s) entrega de la presente comunicación, el contrato referenciado y/o sus modificaciones. Adicionalmente tenga en cuenta que toda la información y documentos del contrato puede consultarse en la plataforma SECOP 2.

Cordialmente,

ORLANDO GUZMAN BENITEZ
Coordinador Grupo Jurídico

C.C. Ana Milena Cuartas Tobon /Coordinadora Grupo Financiera

Elaboro. Alexia María Vélez Vélez/Auxiliar Administrativo Grupo Jurídico

Cordialmente,

Alexia Maria Velez Velez
Auxiliar Administrativa
Grupo Jurídico
ICBF Sede Regional Antioquia
Calle 45 # 79 – 141 Medellín Antioquia
Teléfono: 604 4093440 Ext. 400084
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Colombia Compra Eficiente
Increase Contrast
UTC -5
ICBF REGIONAL ANT...
eSourcing | View Evaluation Syste | Procurement Contracts | Suppliers Managen | Options | I Want To ...
Work Area → Configuration Manager → Procurement Contract Management → View Contract
APPROVAL AREA
This document was approved.
Approval Workflow Round 1
SHOW DETAILS
X
SHOW DETAILS
1 General Information
2 Conditions
3 Catalog
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 Contract Execution
8 Contract Versions
9 Non-Compliances
Canc
ous Step
Next Step
Contrac
Modi
ersion
Changes
CO1.
Detail
Canc
ous Step
Next Step

General Info

Modification Unique Identifier	CO1.CTRMOD.15888701
Contract Unique Identifier	CO1.PCCNTR.6123058
State	Published
Type	ContractModificationGeneral
Requires Supplier Acknowledge?	☑
State Date	22/06/2024 9:36:28 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Modification Purpose	Modificación N°1 al contrato de aporte N° 05006542024 celebrado con el INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA . Se prorrogará el plazo del contrato hasta el 14 de julio de 2024. Se modifica el componente técnico de las obligaciones específicas, conforme a la justificación técnica. Se modifica la forma de pago, conforme a la justificación técnica. Se adicionan recursos por valor de $532.931.920. El valor total del contrato quedará en $3.453.413.915. Todas las estipulaciones, términos y condiciones pactados en el Contrato no modificadas ni contrarias al presente documento, permanecerán vigentes sin variación alguna.

Modification Files

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda English
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

SIIF Nación

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHlacorrea	LINA ANDREA CORREA PEREZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-005	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ANTIOQUIA
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-14-5:21 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	93024	**Fecha Registro:**	2024-03-14	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	46-02-00-005 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ANTIOQUIA						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Con Compromiso		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	2.920.481.995,00	**Valor Total Operaciones:**	552.741.644,00		**Valor Actual.:**	3.473.223.639,00	**Saldo x Comprometer:**	552.741.644,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	93024	**Fecha Registro:**	2024-03-14	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
112 ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	Propios	21	CSF						
					Total:	10.000.000,00	0,00	10.000.000,00	0,00	0,00

123 MODALIDADES DE ACOGIMIENTO	C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	Propios	21	CSF	**FECHA OPERACION**	**VALOR INICIAL**	**VALOR OPERACION**	**VALOR ACTUAL**	**SALDO X COMPROMETER**	**VALOR BLOQUEADO**
					2024-06-14	2.910.481.995,00	552.741.644,00			
					Total:	2.910.481.995,00	552.741.644,00	3.463.223.639,00	552.741.644,00	0,00

Objeto:	PACCO 13235 F/PROTECCION BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DERESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICB

Firma Responsable

En el Sistema de Información del Plan Anual de Compras y Contratación PACCO, se proyectó la contratación que a continuación se describe:

Certificación No.:		**4A0EE9A2-3B7F-4684-87DE-6EC15DC8B7D9**	
Vigencia:	2024	Fecha y hora de certificación:	14/06/2024 10:50 a. m.
Consecutivo:	13235	Regional:	REGIONAL ANTIOQUIA
Modalidad:	REGIMEN ESPECIAL DE APORTE	Tipo de contrato:	CONTRATO DE APORTE
Fecha publicación SECOP:			PACCO PAA
Objeto parametrizado PACCO:			
BRINDAR ATENCIÓN Y REALIZAR ACCIONES PARA PRESERVAR Y RESTITUIR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES, JÓVENES Y SUS FAMILIAS EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE PROTECCIÓN IMPLEMENTADAS POR EL ICBF			
Objeto contractual:			
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.			
Valor programado a contratar*:			$3.473.223.639,00
Valor contratado:			$2.920.481.995,00
Deducciones aplicadas al contrato			$0,00
Saldo programado a contratar:			$552.741.644,00
Valor vigencias futuras			$0,00

* El “Valor Programado a Contratar” corresponde únicamente a la cifra que afecta el presupuesto de la vigencia actual.

Rubros que financian el consecutivo		Recurso	Valor programado	Valor contratado	Saldo a contratar
C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112	ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	21	$10.000.000,00	$10.000.000,00	$0,00

Generada por: jorge.tabares

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123	MODALIDADES DE ACOGIMIENTO	21	$3.463.223.639,00	$2.910.481.995,00	$552.741.644,00

Esta certificación fue generada a través del Sistema de Información del Plan Anual de Compras y Contratación PACCO el día: viernes, 14 de junio de 2024

PÚBLICA

Generada por: jorge.tabares

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHjgmoreno	JUAN GUILLERMO MORENO CANO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-005	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ANTIOQUIA
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-22-12:05 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 93024 de fecha 2024-03-14. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	179924	**Fecha Registro:**	2024-03-21	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-005 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ANTIOQUIA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Con Obligacion			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	2.920.481.995,00	**Valor Total Operaciones:**	532.931.920,00			**Valor Actual:**	3.453.413.915,00	**Saldo x Obligar:**	560.793.766,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	890982597	**Razón Social:**	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	232326439	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA S. A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	3377448	**Nombre:**	JORGE IVAN MONTOYA VELEZ	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	05006542024	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2024-03-20

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
112 ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	Propios	21	CSF		10.000.000,00	0,00		
					Total:	10.000.000,00	0,00	10.000.000,00	8.052.122,00

123 MODALIDADES DE ACOGIMIENTO	C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	Propios	21	CSF	**FECHA OPERACIÓN**	**VALOR INICIAL**	**VALOR OPERACIÓN**	**VALOR ACTUAL**	**SALDO X OBLIGAR**
					2024-06-22	2.910.481.995,00	532.931.920,00		
					Total:	2.910.481.995,00	532.931.920,00	3.443.413.915,00	552.741.644,00

Objeto:	G/PROTECCION 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.

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		**POSICION DEL CATALOGO DE PAC**		**FECHA**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO POR OBLIGAR**	**LINEA DE PAGO**
46-02-00-005	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL ANTIOQUIA	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2024-12-31	3.453.413.915,00	560.793.766,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 25 DE JUNIO DE 2024	3882306-3		15794006
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	2447	4033	01215794006

TOMADOR

NIT	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
8909825977	INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 51 NO. 63-87		COPACABANA	6043059201

GARANTIZADO

NIT	Nombres y Apellidos
8909825977	INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999992392	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ANTIOQUIA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CALIDAD DEL SERVICIO	22-JUN-2024	14-ENE-2025	690.682.783,00	330.237,00
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	22-JUN-2024	14-ENE-2025	690.682.783,00	330.237,00
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	22-JUN-2024	14-JUL-2027	690.682.783,00	1.045.762,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01-ABR-2024	14-JUL-2027	1114	25-JUN-2024	14-JUL-2027	$1.706.236	$324.185	$2.030.421

VALOR A PAGAR EN LETRAS
DOS MILLONES TREINTA MIL CUATROCIENTOS VEINTI UN PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
MODIFICACION VALORABLE CON COBRO DE PRIMA	$319.759.152	$7.597.510	$2.072.048.349,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	4033	90721	07	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
2447	ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	1.706.236

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Contrato de aporte
NRO. DE CONTRATO 05006542024.

OBJETO: 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.

SURAMERICANA S.A. CONOCE Y ACEPTA ACTA DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO DONDE SE MODIFICA LA VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE ESTA POLIZA YA QUE EL PLAZO DEL CONTRATO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
MEDELLIN, 25 DE JUNIO DE 2024	3882306-3		15794006
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	2447	4033	01215794006

TOMADOR

NIT	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
8909825977	INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 51 NO. 63-87		COPACABANA	6043059201

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

SE AMPLIO HASTA EL 14 DE JULIO DE 2024; ADICIONALMENTE SE AUMENTA EL VALOR DEL CONTRATO EN COP$ 532.931.920, PARA UN TOTAL DE COP$ 3.453.413.915.

.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3882306-3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** y Asegurado y/o Beneficiario es: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ANTIOQUIA** y su documento 15794006 expedida el día 25 de Junio de 2024 no expirará por falta de pago de la prima o de los certificados anexos que se expidan con fundamento en ella o por la revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 25 días del mes de Junio de 2024.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Cumplimiento a favor de ENTIDADES ESTATALES en la póliza 3882306-3 expedida por la Compañía cuyo Tomador y/o Afianzado es: **INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** y Asegurado y/o Beneficiario es **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ANTIOQUIA** y su documento 15794006 expedida el día 25 de Junio de 2024 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$1,706,236
Impuestos	$	$324,185
Total	$	$2,030,421

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 25 días del mes de Junio de 2024.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADO DE CUMPLIMIENTO

suramericana

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN	PÓLIZA NÚMERO	REFERENCIA DE PAGO
MEDELLIN, 25 DE JUNIO DE 2024	0955536-4	01314004996

INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	2447	4033	14004996

TOMADOR	NIT
INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	8909825977

ASEGURADO	NIT
INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGION	8909825977

BENEFICIARIO
TERCEROS AFECTADOS

DIRECCIÓN DE COBRO	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE 51 NO. 63-87	COPACABANA	6043059201

DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR
	COPACABANA	ANTIOQUIA	SECTOR SERVICIOS

ACTIVIDAD	CÓDIGO ACTIVIDAD
ESCUELAS, COLEGIOS, UNIVERSIDADES, ACADEMIAS, CENTROS EDUCATIVOS EN GENERAL	9 - 16
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO	RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	390.000.000,00	0,00	0	44.877	8.527	53.404
* R.C. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	117.000.000,00	0,00	0	6.732	1.279	8.011
* R.C. PATRONAL	117.000.000,00	0,00	0	6.732	1.279	8.011
* R.C. VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	117.000.000,00	0,00	0	6.732	1.279	8.011

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE	HASTA	NÚMERO DÍAS	PRIMA	IVA	TOTAL A PAGAR
25-JUN-2024	14-JUL-2024	19	$65.073	$12.364	$77.437

VALOR A PAGAR EN LETRAS
SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE	HASTA	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO	VALOR INDICE VARIABLE	TOTAL VALOR ASEGURADO
01-ABR-2024	14-JUL-2024	1	$390.000.000,00	$0,00	$390.000.000,00

DOCUMENTO DE:
MODIFICACION VALORABLE CON AUMENTO DE PRIMA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-040 , LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA
013	AG5	4033	90721	07	PESO COLOMBIANO

COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
2447	ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	100,00	65.073

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01 - 06 - 2009	13 - 18	P	6	F-01-13-040

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN
LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:

MEDELLIN

Seguros Generales Suramericana S.A.

- CLIENTE -

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADO DE CUMPLIMIENTO

suramericana

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN	PÓLIZA NÚMERO	REFERENCIA DE PAGO
MEDELLIN, 25 DE JUNIO DE 2024	0955536-4	01314004996

INTERMEDIARIO	CÓDIGO	OFICINA	DOCUMENTO NÚMERO
ALVAREZ SEGUROS LIMITADA	2447	4033	14004996

TOMADOR	NIT
INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	8909825977
ASEGURADO	**NIT**
INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGION	8909825977
BENEFICIARIO	
TERCEROS AFECTADOS	

DIRECCIÓN DE COBRO	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE 51 NO. 63-87	COPACABANA	6043059201

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POLIZA DE CUMPLIMIENTO
012003882306. NO. DE CONTRATO 05006542024.
LA PRESENTE POLIZA CUENTA CON UNA COBERTURA DE 390,000,000 PARA CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO TANTO EN LA MODALIDAD DE DAÑO EMERGENTE, COMO EN LA MODALIDAD DE LUCRO CESANTE; AL IGUAL QUE LA DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES.
NRO. DE CONTRATO 05006542024.

OBJETO: 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.

SE ACLARA:
ASEGURADOS: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ANTIOQUIA Y/O INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS Y/O INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ANTIOQUIA.

SURAMERICANA S.A. CONOCE Y ACEPTA ACTA DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO DONDE SE MODIFICA LA VIGENCIA DE LAS COBERTURAS DE ESTA POLIZA YA QUE EL PLAZO DEL CONTRATO
SE AMPLIO HASTA EL 14 DE JULIO DE 2024; ADICIONALMENTE SE AUMENTA EL VALOR DEL CONTRATO EN COP$ 532.931.920, PARA UN TOTAL DE COP$ 3.453.413.915.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

suramericana

Nit. 890.903.407-9

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

HACE CONSTAR

Que la garantía de Responsabilidad Civil número 955536-4 expedida por la Compañía cuyo tomador y asegurado es: **INSTITUTO HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** y beneficiario terceros afectados y su documento 14004996 expedida el día 25 de Junio de 2024 se encuentra debidamente cancelados sus valores, discriminados así:

Prima	$	$65,073
Impuestos	$	$12,364
Total	$	**$77,437**

Para constancia se firma en MEDELLIN a los 25 días del mes de Junio de 2024.

Firma Autorizada
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Solicitud desembolsos contratos de aportes de protección Centro Zonal Aburra Norte

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

Mié 10/07/2024 12:25

Para:Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>
CC:Maria De Los Angeles Uribe Castañeda <MariaC.Uribe@icbf.gov.co>;Lina Vanessa Giraldo Osorno <Lina.GiraldoO@icbf.gov.co>

Cordial Saludo Ana Milena;

Esperando se encuentre muy bien.

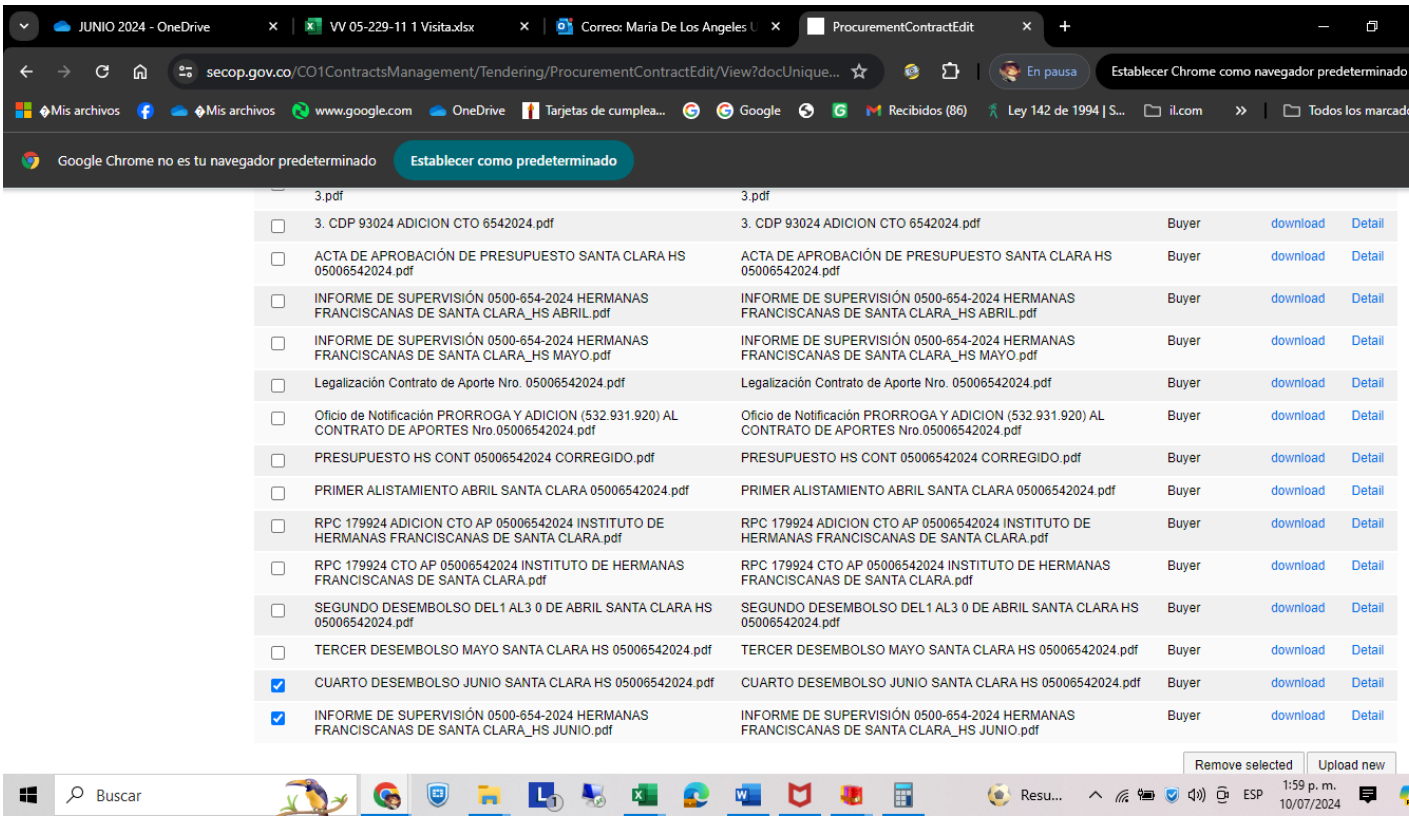
Certifico para efectos del presente pago, que los operadores relacionados en el siguiente cuadro cumplió con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, 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 del contrato:

CONTRATO	CONTRATISTA	MODALIDAD	IDENTIFICACIÓN
05006542024	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	HOGAR SUSTITUTO	890982597-7

"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 del contrato anteriormente relacionado. han sido radicados mediante Orfeo con el radicado **20243100400007729 3**

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,


JUNIO 2024 - OneDrive
VV 05-229-11 1 Visita.xlsx
Correo: Maria De Los Angeles
ProcurementContractEdit
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUnique...
En pausa
Establecer Chrome como navegador predeterminado
Mis archivos
Mis archivos
www.google.com
OneDrive
Tarjetas de cumplea...
Google
Recibidos (86)
Ley 142 de 1994 | S...
il.com
Todos los marcad
Google Chrome no es tu navegador predeterminado
Establecer como predeterminado
3.pdf
3.pdf
3. CDP 93024 ADICION CTO 6542024.pdf
3. CDP 93024 ADICION CTO 6542024.pdf
Buyer
download
Detail
ACTA DE APROBACIÓN DE PRESUPUESTO SANTA CLARA HS 05006542024.pdf
ACTA DE APROBACIÓN DE PRESUPUESTO SANTA CLARA HS 05006542024.pdf
INFORME DE SUPERVISIÓN 0500-654-2024 HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA_HS ABRIL.pdf
INFORME DE SUPERVISIÓN 0500-654-2024 HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA_HS MAYO.pdf
Legalización Contrato de Aporte Nro. 05006542024.pdf
Oficio de Notificación PRORROGA Y ADICION (532.931.920) AL CONTRATO DE APORTES Nro.05006542024.pdf
PRESUPUESTO HS CONT 05006542024 CORREGIDO.pdf
PRIMER ALISTAMIENTO ABRIL SANTA CLARA 05006542024.pdf
RPC 179924 ADICION CTO AP 05006542024 INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA.pdf
RPC 179924 CTO AP 05006542024 INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA.pdf
SEGUNDO DESEMBOLSO DEL1 AL3 0 DE ABRIL SANTA CLARA HS 05006542024.pdf
TERCER DESEMBOLSO MAYO SANTA CLARA HS 05006542024.pdf
CUARTO DESEMBOLSO JUNIO SANTA CLARA HS 05006542024.pdf
INFORME DE SUPERVISIÓN 0500-654-2024 HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA_HS JUNIO.pdf
Remove selected
Upload new
Buscar
Resu...
ESP
1:59 p. m.
10/07/2024

"