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	**CORPORACIÓN HOGAR VIDA NUEVA**							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit		No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**901494218**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO		NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**05006702024**	FECHA SUSCRIPCIÓN	21 (día)	marzo (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	1 (día)	abril (mes)	2024 (año)	HASTA	30 (día)	noviembre (mes)	2024 (año)
RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**							
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN						**12** (día)	**noviembre** (mes)	**2024** (año)

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**8**	DE	**8**
VALOR A PAGAR	**$ 82.000.925**	EN LETRAS	**OCHENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M.L**		

PERÍODO DE PAGO	DESDE	1 (día)	octubre (mes)	2024 (año)	HASTA	31 (día)	octubre (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	**181124**	**21**	**C-4602-1500-10-704040-4602014-02**	**123**	**A-02-02-02-009-003-03**	**$ 82.000.925**

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:	BANCOLOMBIA S.A.	NÚMERO DE CUENTA	**49900003640**	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	82.000.925
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	82.000.925 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	82.000.925

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

CORPORACIÓN HOGAR VIDA NUEVA		**NIT:**	**901.494.218**
PERIODO	**DEL 1/10/2024 AL 31/10/2024**	**CONTRATO No.**	**05006702024**
MODALIDAD:	**INTERNADO - DISCAPACIDAD**		
CUPOS CONTRATADOS:	**25**	**DURACIÓN DEL CONTRATO:**	Abril 1 de 2024 hasta noviembre 30 de 2024
VALOR CUPO MES:	**$ 3.280.037**	**COSTO FIJO %:**	**63,20%**
VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES	**666.007.400**		

El suscrito supervisor del Centro Zonal Aburra Norte certifica que LA **CORPORACIÓN HOGAR VIDA NUEVA** , con nit No. **901494218** viene cumpliendo correctamente el objeto del contrato de aporte **No. 05006702024** : BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO 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**
25	3.280.037	$ 82.000.925	-	**0,00**	3.280.037		82.000.925
SUBTOTAL							**82.000.925**

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**
-	2.072.983						$ -
SUBTOTAL							**$ -**
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:			==========>				**$ 82.000.925**

SON:	**OCHENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M.L**

La presente liquidación corresponde al analisis de las condiciones de la ejecución del contrato N° 05006702024, 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-4602-1500-10-704040-4602014-02-123

Compromiso Presupuestal SIFF NACION II:

181124

Helen Jeleny Villada Pérez
FIRMA (Supervisora)

MARIA DE LOS ANGELES URIBE CASTAÑEDA
FIRMA (Asesor Financiero)

DIANA MILENA ROJAS PINEDA
FIRMA (Tecnico de contrato)

Fax 411 07 02
Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080
www.icbf.gov.co

Medellín, noviembre 08 de 2024 CORP-241105

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF-
SEDE REGIONAL ANTIOQUIA
NIT: 899.999.239-2

DEBE A:

CORPORACION HOGAR VIDA NUEVA
NIT: 901.494.218 – 6
CARRERA 49 # 63ª – 23
CEL 312 241 18 57

Cupos mes de octubre de 2024 82.000.925

LA SUMA DE: **OCHENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTI CINCO PESOS M/L. ($82.000.925).**

POR CONCEPTO DE:

Contrato de aporte No. 05006702024, cuyo objeto es brindar atención a las niñas y niños y adolescentes que tienen un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, en la modalidad internado de acuerdo con los documentos técnicos vigentes expedidos por el ICBF

Pago correspondiente al octavo desembolso de la ejecución del contrato 05006702024 comprendido entre octubre 01 de 2024 al 31 de octubre de 2024.

Atentamente,





FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
LAURA HEREDIA SERNA
C.C 43.343.435
Representante Legal

Medellín, noviembre 8 de 2024

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

Ciudad

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Yo **LUIS CARLOS ORTIZ NUÑEZ**, identificado con cedula de ciudadanía número 71.674.897, en mi calidad de Revisor Fiscal de la **CORPORACION HOGAR VIDA NUEVA** identificado con NIT. 901.494.218 - 6, manifiesto bajo gravedad de juramento que el Operador del Servicio, efectivamente se encuentra a PAZ Y SALVO con los proveedores teniendo en cuenta los plazos concedidos por estos.

Atentamente,



LUIS CARLOS ORTIZ NUÑEZ

Revisor Fiscal

T.P. 176603 -T

ANEXO: Fotocopia Tarjeta Profesional del Profesional y Certificado de antecedentes disciplinarios expedido ante la Junta Central de Contadores.

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

Yo, **LUIS CARLOS ORTIZ NUÑEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.674.897, y con Tarjeta Profesional No. 176603 - T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la **CORPORACION HOGAR VIDA NUEVA** identificada con NIT. 901.494.218 - 6, 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 empresa 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 Medellín, a los 08 días del mes de noviembre de 2024.

FIRMA_____
LUIS CARLOS ORTIZ NUÑEZ
71.674.897

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION HOGAR VIDA NUEVA CON NIT 901.494.218 – 6

CERTIFICA:

Que todo el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la **MODALIDAD DE INTERNADO** de acuerdo con los documentos técnicos vigentes expedidos por el ICBF, contrato 05006702024

Esta certificación se expide a petición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF

LAURA HEREDIA SERNA
Representante Legal
CC. 43.343.435

LUIS CARLOS ORTIZ NUÑEZ
Revisor Fiscal
CC. 71.674.897
TP. 176603 - T

Medellín, noviembre 8 de 2024

República de Colombia

Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

176603-T



LUIS CARLOS
ORTIZ NUÑEZ
C.C. 71674897

RESOLUCION INSCRIPCION 132 FECHA 11/04/2013

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS EDUARDO FORERO VARGAS

187345

105168

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 comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.



www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71674897

ORTIZ NUÑEZ
APELLIDOS

LUIS CARLOS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1966
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-JUL-1984 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0100100-14091176-M-0071674897-20010901 06778 01228A 02 100385913

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4 8 1 4 2 5 4 1 4 4 9 6 9 E 8 A

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 **LUIS CARLOS ORTIZ NUÑEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 71674897 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 176603-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

Outlook

Solicitud desembolsos contratos de aportes Centro Zonal Aburra Norte mes de Octubre

Desde Helen Jeleny Villada Pérez <Helen.Villada@icbf.gov.co>
Fecha Lun 18/11/2024 0:22
Para Luz Marina Ramírez Hoyos <LuzM.Ramirez@icbf.gov.co>
CC Maria De Los Angeles Uribe Castañeda <MariaC.Uribe@icbf.gov.co>

Buenos días, Luz Marina Ramírez .

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.

CONTRATO	CONTRATISTA	MODALIDAD
05006992024	CONGREGACION DE RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES	INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL
05008512024	ASOCIACIÓN DE PEDAGOGOS REEDUCADORES EGRESADOS DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ "ASPERLA"	INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL
05006582024	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	INTERNADO
05006672024	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	INTERNADO
05006702024	CORPORACIÓN HOGAR VIDA NUEVA	INTERNADO-DISC
05005702024	CONFRATERNIDAD CARCELARIA DE COLOMBIA	INTERNADO-DISC
05013242024	ASOCIACION UNIDOS POR LA INFANCIA	HOGAR SUSTITUTO

"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 **20243100400013512 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,

Helen Jeleny Villada Pérez
Profesional Especializado
Supervisión, Grupo Protección
ICBF Regional Antioquia – Centro Zonal Aburrá Norte
Diagonal 54 # 42B – 19 Bello Niquía
Teléfono: 604 4093440
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