Yo, **CLARIBEL GUZMAN CASTRILLON**

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	ASOCIACION AMIGOS CON CALOR HUMANO						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890983816				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05018892024	FECHA SUSCRIPCIÓN	27 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 30 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)	HASTA 30 (día)	junio (mes)	2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO: NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	7 (día)	abril (mes)	2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 5	DE 7
VALOR A PAGAR	$ 1.384.519.865,00	EN LETRAS	MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M.L
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) marzo (mes) 2025 (año)	HASTA 30 (día) marzo (mes) 2025 (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 - HOGARES SUSTITUTOS ONG - DISCAPACIDAD	5125	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 1.368.241.081,00
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - HOGARES SUSTITUTOS ONG - DISCAPACIDAD	5125	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A-02-02-02-009-003-03	$ 16.278.784,00

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

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCOLOMBIA S.A.	NÚMERO DE CUENTA	61600003035	TIPO DE CUENTA	Ahorro

3. OBSERVACIONES

El ICBF desembolsará los recursos a aportar en el contrato de la siguiente forma: (i) Un (1) desembolso mes vencido por los días 30 y 31 de diciembre de 2024, previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA: 1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato; 7. Cuenta de cobro o factura (según aplique); 8. Suscripción y legalización del contrato de comodato con la respectiva acta de recibo del bien objeto de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando a ello haya lugar. (ii) Para la vigencia 2025, el ICBF realizará un giro de alistamiento dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero de 2025 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de enero el contratista deberá entregar los siguientes documentos: 1. Certificación Bancaria. 2. Aprobación de Garantía. 3. Acta de Inicio y 4. Los señalados en la Resolución 5360 de 2023, que resulten aplicables. (iii) Cinco (5) desembolsos mensuales vencidos para la vigencia 2025, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA:1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. 7. Cuenta de cobro o factura (según aplique). 8. Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iv) Último desembolso correspondiente al mes de junio para lo cual el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente.

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	$	1.384.519.865,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	1.384.519.865,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	1.384.519.865,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CLARIBEL GUZMAN CASTRILLON	PROFESIONAL ESPECIALIZADO- SUPERVISORA DE CONTRATOS	REGIONAL ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL NOROCCIDENTAL	
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
LEYDY PEREZ NAVARRO	FINANCIERA	REGIONAL ANTIOQUIA	GRUPO PROTECCION	

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

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Antioquia
Centro Zonal Noroccidental

CERTIFICACION DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS Y COSTOS PARA INSTITUCIONES DE PROTECIÓN PROYECTO 3
VIGENCIA FISCAL 2025

DATOS DEL CONTRATO		NIT:	890983816
PERIODO	1 al 30 de marzo de 2025	CONTRATO No.:	05018892024
MODALIDAD:	HOGAR SUSTITUTO		

CUPOS CONTRATADOS:	550	DURACIÓN DEL CONTRATO:	Del 30 de diciembre de 2024 al 30 de junio de 2025	VALOR CONTRATO:	$ 8.887.009.881

CUOTA DE SOSTENIEMIENTO	$ 960.000,00
DOTACION	$ 205.000,00
GASTOS DE EMERGENCIA	$ 125.000,00
COSTOS OPERATIVOS	$ 639.038,00
BECA	$ 711.750,00

COSTO FIJO %: 45,4%

La suscrita supervisora de los contratos de Proteccion del CENTRO ZONAL NOROCCIDENTAL certifica que **ASOCIACIÓN AMIGOS CON CALOR HUMANO** con nit No.890983816 viene cumpliendo idonea y correctamente el objeto del contrato de aporte No. 05018892024 del 27 de diciembre de 2024, en cuanto a brindar atencion especializada en las modalidades de: **HOGAR SUSTITUTO**

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 10 sesiones)	Dias Convertidos a Cupos Utilizados	Valor Dia Cupo Utilizado	Sub-Total	SUB - TOTAL CUPOS UTILIZADOS
491	$ 1.929.038,0	$ 947.157.658	545,5	18,18		$ 35.069.911	982.227.569
		$ -			-	$ -	
		$ -					
SUBTOTAL		$ 947.157.658		0		$ 35.069.911	$ 982.227.569

LIQUIDACIÓN DE CUPOS NO UTILIZADOS E INEJECUCIÓN DEL PERIODO

CUPOS NO UTILIZADOS			INEJECUCIÓN DEL PERIODO			VALORES LIQUIDADOS A PAGAR	
Cupos No Utilizados Totalmente	Valor Costo Fijo Mes Cupo No Utilizado	Sub-Total	Cupos No Ejecutados	Valor Cupo No Ejecutado	Valor Total No Ejecutado	Por Cupos Utilizados	Por Cupos No Utilizados
40,82	$ 875.783,3	$ 35.749.474			$ -	$ 982.227.569	35.749.474,00
							$ -
SUBTOTAL		$ 35.749.474			$ -	$ 982.227.569	$ 35.749.474
Beca Madres Sustitutas							$ 350.264.038
C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112							$ 16.278.784
							$ -
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:		==========>					$ 1.384.519.865

SON: MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M.L

La presente liquidacion corresponde al analisis de condiciones de ejecucion del contrato No 05018892024 por parte del equipo de supervision de acuerdo con las clausulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago por el 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
C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112

Compromiso Presupuestal SIFF NACION II: **5125**

No. Cuenta de ahorros: 61600003035 BANCOLOMBIA-AHORROS

CLARIBEL GUZMAN CASTRILLON
FIRMA (Supervisora)

LEYDY PEREZ NAVARRO
FIRMA (Profesional Financiero)

DEISY ALEJANDRA GOMEZ AYALA
FIRMA (Técnica)

AACCH-004-25

Medellín, 4 de Abril de 2025

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

DEBE A:
LA ASOCIACIÓN AMIGOS CON CALOR HUMANO
NIT: 890.983.816-1
CARRERA 50 C No. 59 -87
TELEFONO: 2921140

LA SUMA DE: MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHENTA Y UN PESOS ML… ($1.368.241.081.00).

POR CONCEPTO DE:

Contrato de aporte N° **05018892024** en la Modalidad Hogar Sustituto con discapacidad y enfermedad de cuidados especiales. 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 ".

Pago correspondiente al desembolso de la ejecución del mes de Marzo de 2025. (Incluye el pago de beca, cuota de sostenimiento, dotación, gasto de emergencia y costos operativos).

.
Realizar la consignación en la cuenta ahorros Bancolombia # **61600003035** a nombre de la **Asociación Amigos con Calor Humano Nit: 890.983.816-1.**

Atentamente,

ALBA DORIS ROJAS SILVA
C.C 43.502.924 De Medellín
Representante Legal

Elaborado por: Amparo Álzate Vargas – Financiera

AACCH-004-1-25

Medellín, 07 de Abril de 2025

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

DEBE A:
LA ASOCIACIÓN AMIGOS CON CALOR HUMANO
NIT: 890.983.816-1
CARRERA 50 C No. 59 -87
TELEFONO: 2921140

LA SUMA DE: DIECISÉIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS ML… ($16.278.784.00).

POR CONCEPTO DE:

Contrato de aporte N° **05018892024** en la Modalidad Hogar Sustituto con discapacidad y enfermedad de cuidados especiales. 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 ".

Valor que corresponde al Acompañamiento Hospitalario del mes de Marzo de 2025.

.
Realizar la consignación en la cuenta ahorros Bancolombia # **61600003035** a nombre de la **Asociación Amigos con Calor Humano Nit: 890.983.816-1.**

Atentamente,

ALBA DORIS ROJAS SILVA
C.C 43.502.924 De Medellín
Representante Legal

Elaborado por: Amparo Álzate Vargas – Financiera

AACCH-1097-25

Medellín, 02 de Abril de 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Sede Regional Antioquia
Calle 45 No. 79 - 141
Medellín

Asunto: Certificación cumplimiento a proveedores

Respetados señores:

Las suscritas Representante Legal y Líder Financiera de la **ASOCIACIÓN AMIGOS CON CALOR HUMANO** con NIT número **890.983.816-1**, se permiten certificar que al cierre del periodo del mes de Marzo del año 2025, la Asociación ha cumplido con los pagos y acuerdos realizados con sus proveedores.

Este certificado se expide por solicitud del **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**, para dar cumplimiento a la cláusula octava- FORMA DE PAGO, del contrato de aporte No. **05018892024** de 2024.

Cordialmente,

ALBA DORIS ROJAS SILVA
C.C 43.502.924 De Medellín
Representante Legal

YOANA MARIA CASTAÑEDA PARRA
Líder Financiera
TP: 180864-T
C.C 43.872.617 de Envigado

Medellín, 3 de Abril de 2025

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR FISCAL

Ramón Piedrahita Patiño, identificado con la cédula de ciudadanía número 8.263.190, expedida en la ciudad de Medellín y con Tarjeta Profesional N° 989 - T, en calidad de Revisor Fiscal Principal de la Entidad **Asociación Amigos Con Calor Humano**, identificada con el **NIT** número **890.983.816-1**, me permito informar lo siguiente:

Luego de examinar los libros de contabilidad y los comprobantes de egreso correspondientes al mes de Abril del año 2025, relacionados con la cancelación de los aportes a la Seguridad Social y Parafiscales, la Asociación se encuentra sin saldos pendientes por pagar del mes de Marzo.

El presente documento se suministra para cumplir con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 del año 2002 y el artículo primero de la Ley 828 del año 2003, los cuales hacen relación a los Aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales.

Atentamente,

RAMÓN PIEDRAHÍTA PATIÑO
Revisor Fiscal
T. P. N° 989 - T
Designado por la firma RPIEDRAHÍTA AUDITORES & ASOCIADOS S.A.S.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-03, 11:05:05 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2025
Empresa	ASOCIACION AMIGOS CON CALOR HUMANO
NIT	NI 890983816
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	77116756
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1384649036
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 91.147.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	21	$ 8.338.200	$ 0
N800229739	230201	PROTECCION	35	$ 15.991.100	$ 0
N900336004	25-14	COLPENSIONES	24	$ 10.579.600	$ 0
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	6	$ 2.729.500	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	11	$ 3.481.300	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	4	$ 1.302.000	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	5	$ 1.701.400	$ 0
N900226715	ESSC24	CMRC Recaudo Coosalud ADRES ESSC24	1	$ 178.000	$ 0
N900604350	EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	1	$ 315.400	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	66	$ 22.822.500	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	88	$ 2.216.900	$ 0
N890900842	CCF03	COMFENALCOANTIOQUIACCF	88	$ 9.551.500	$ 0
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	88	$ 4.777.300	$ 0
N899999239	PAICBF	ICBF	88	$ 7.162.500	$ 0

SubTotales:	$ 91.147.200	$ 0
Total a Pagar:		$ 91.147.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



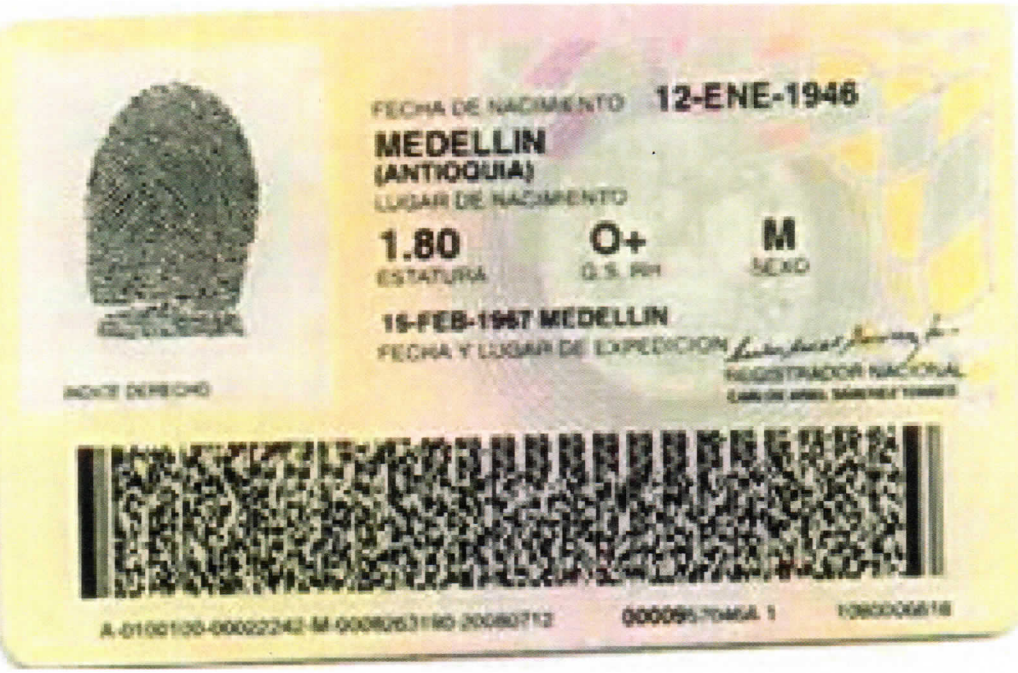
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.263.190
PIEDRAHITA PATIÑO

APELLIDOS
RAMON ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1946
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-FEB-1967 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0100100-00022242-M-0008053180-20080712 0000057046A 1 1060006618

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

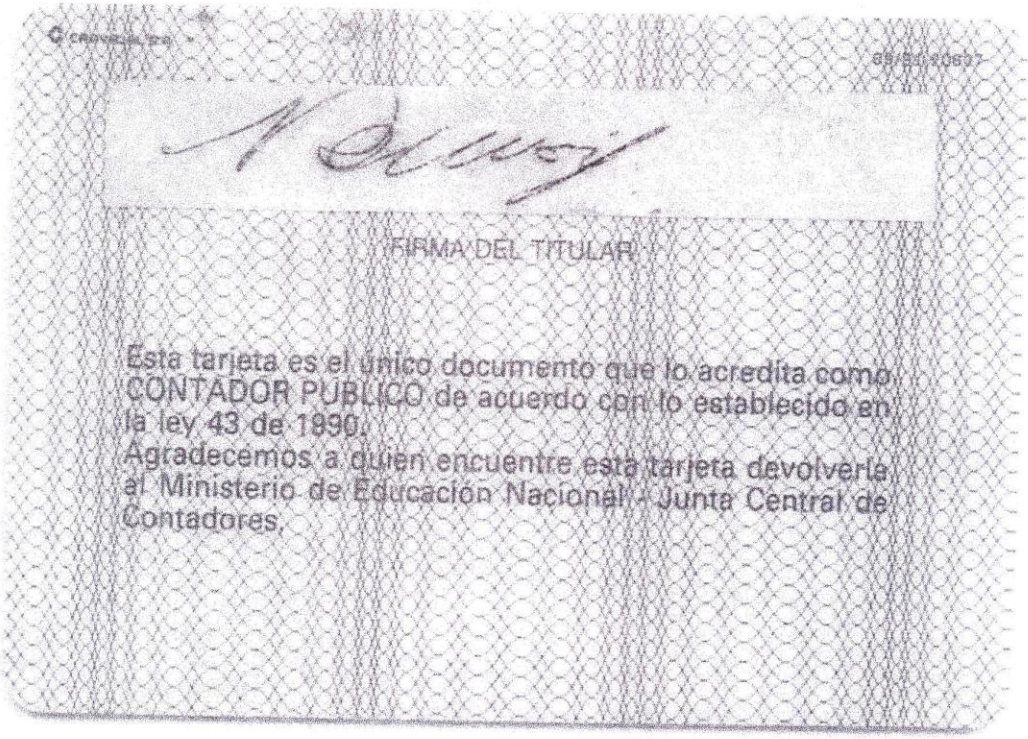


989-T

RAMON ANTONIO
PIEDRAHITA PATIÑO
C.C. 8.263.190
RESOLUCION INSCRIPCION 10-T FECHA 1-II-74
UNIVERSIDAD DE MEDELLIN

Presidente

00000187



FIRMA DEL TITULAR

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.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5C049BC9460D493E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
RAMÓN ANTONIO PIEDRAHÍTA PATIÑO

Que el contador público **RAMON ANTONIO PIEDRAHITA PATIÑO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 8263190 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 989-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Antioquia
Centro Zonal Noroccidental
PUBLICA

MEMORANDO

Radicado No: 202531002000037273

Para: ANA MILENA CUARTAS TOBON
Coordinadora Financiera

Asunto: REMISION DESEMBOLSO MARZO 1 CONTRATO DE APORTES

Fecha: 2025-04-08

En mi calidad de SUPERVISORA de contratos de aporte, envío certificaciones completas y solicito se realice el desembolso de ejecución del mes de marzo 2025, correspondiente a los siguientes contratos:

No. DE CONTRATO	OPERADOR	MODALIDAD	DEPENDENCIA
05018892024	AMIGOS CON CALOR HUMANO	HOGAR SUSTITUTO	123 Y 112

Atentamente,

CLARIBEL GUZMAN CASTRILLON
Profesional Especializado- Supervisora de contratos Anexo: 1 pdf

Outlook

AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO MARZO CONTRATO DE APORTES 05018892024

Desde Claribel Guzman Castrillon <Claribel.Guzman@icbf.gov.co>
Fecha Mar 8/04/2025 17:39
Para Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>
CC Daniel Quiceno Vanegas <Daniel.Quiceno@icbf.gov.co>; Leydy Perez Navarro <Leydy.PerezN@icbf.gov.co>; Francisco Javier Hurtado Hernandez <Francisco.Hurtado@icbf.gov.co>

1 archivo adjunto (221 KB)
11. Rad. 20253100200037273.pdf;

Atento Saludo Coordinadora Grupo Financiero

En mi calidad de SUPERVISORA DE CONTRATOS, certifico para efectos del desembolso que los operadores que se detallan a continuación, cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, han 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 o 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, además cumplen a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.

"…los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba para el trámite de pago, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999"; y estos documentos han sido radicados mediante ORFEO 20253100200037273

N° DE CONTRATO	OPERADOR	MODALIDAD	RP	DEPENDENCIA	RECURSO (21-27-10- ó 16)	VALOR PARA PAGAR
05018892024	ASOCIACION AMIGOS CON CALOR HUMANO	HOGAR SUSTITUTO	5125	123	27	$ 1.368.241.081
				112	27	$ 16.278.784

Cordialmente,

Claribel Guzmán Castrillón
Profesional Especializado
Grupo protección
ICBF Centro Zonal Noroccidental - Regional Antioquia
Calle 45 No, 79-49 B/La América
Teléfono: 604 4093440 Ext. 402003
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