Yo, **Danis Astrid Muñoz Segura**

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 | CORPORACION CREER MAS | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 901298444 -4 | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 0 5019332024 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 31 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 3 (día) enero (mes) 2025 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | RESPONSABLE DEL IMPUESTO | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 10 (día) junio (mes) 2025 (año) | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 7 DE 19 | |
| VALOR A PAGAR | $ 169.013.111 | EN LETRAS | CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES TRECE MIL CIENTO ONCE PESOS M/L. |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) junio (mes) 2025 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2025 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT | 19025 | 10 | C-4602-1500-9-704020-4602020-02 | 162 | A-02-02-02-009-002-01 | $ 169.013.111 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 COMERCIAL AV VILLAS S.A. | NÚMERO DE CUENTA | 780000519 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

Lo correspondiente al desembolso Nro. 1 perteneciente a la vigencia 2024, no se autoriza desembolsar, toda vez que, el inicio en la ejecución de este contrato se dio a partir del 03 de enero de 2025, y en ese sentido, dicho desembolso deberá liberarse. Soportes Reglamentarios para el Pago: Certificacion de pago, paz y salvo seguridad social y parafiscales, planilla de liquidacion, documento de cobro. Para los demás desembolsos (tercero, cuarto... y último): a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. en con concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos y Guías Operativas, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. b) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. c) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al período anterior. d) Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos). e) Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia, y la dotación de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). f) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con el manual y el 100% de la respectiva toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el seguimiento según los Manuales Técnicos, Guias Operativas Manuales Técnicos de la Modalidad y Guías Operativas del servicio correspondiente. g) Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia. h) Registro Mensual de Asistencia -RAM – en el instrumento que defina el ICBF según la atención. i) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamientos a familias y cualificación del talento humano j) Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario. k) Soporte del pago de honorarios o salarios del mes anterior, a la totalidad del talento humano vinculado a la atención, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.

**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 | $ 169.013.111 | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 169.013.111 | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 169.013.111 | |

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| DANIS ASTRID MUÑOZ SEGURA | COORDINADORA ZONAL | REGIONAL ANTIOQUIA | CZ SUROESTE | |
| **FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL** | | | | |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| DOUGLAS OMAR SANCHEZ MONTAÑO | ASESOR FINANCIERO | REGIONAL ANTIOQUIA | CZ SUROESTE | |

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

| ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO UNICAMENTE 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**LIQUIDACIÓN PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA**
**MODALIDAD FAMILIAR**
**VIGENCIA FISCAL 2025**

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | CORPORACION CREER MAS |
| **CONTRATO No.** | 05019332024 |
| **SERVICIO** | HCB FAMI BIENVENIR - FAMILIAR Y COMUNITARIA |

| DETALLE | No. UDS | MESES | COSTO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | | | **$ 5.350.306** | **$ 69.553.984** |
| REPOSICIÓN DE DOTACION | 13 | 1 | $ - | $ 0 |
| MAT.DIDACT.DE CONSUMO | 13 | 1 | $ 118.395 | $ 1.539.135 |
| ASEO,COMB.Y SERV.P. | 13 | 1 | $ 17.430 | $ 226.590 |
| KIT DE BIENVENIDA | 13 | 1 | $ - | $ 0 |
| PÓLIZA DE SEGURO PARA NIÑOS | 13 | 1 | $ 15.930 | $ 207.090 |
| GASTOS ADMINISTRATIVOS | 13 | 1 | $ 110.685 | $ 1.438.905 |
| ACOMPAÑAMIENTOS A DISTANCIA | 13 | 1 | $ 4.321 | $ 56.173 |
| COMPONENTE EDUCOMUNICATIVO | 13 | 1 | $ 4.115 | $ 53.495 |
| APORTE AL TALENTO HUMANO | 13 | 1 | $ 689.000 | $ 8.957.000 |
| AUXILIO DE TRANSPORTE | 13 | 1 | $ 171.720 | $ 2.232.360 |
| S.S. PENSIONES | 13 | 1 | $ 165.360 | $ 2.149.680 |
| S.S. SALUD | 13 | 1 | $ 117.130 | $ 1.522.690 |
| S.S. ARL | 13 | 1 | $ 14.386 | $ 187.024 |
| PARAFISCALES | 13 | 1 | $ 64.594 | $ 839.722 |
| PROVISIÓN PRIMA DE SERVICIOS | 13 | 1 | $ 71.726 | $ 932.438 |
| PROVISIÓN VACACIONES | 13 | 1 | $ 28.709 | $ 373.217 |
| PROVISIÓN % A LAS CESANTIAS | 13 | 1 | $ 8.607 | $ 111.897 |
| PROVISIÓN CESANTIAS | 13 | 1 | $ 71.726 | $ 932.438 |
| PROVISIÓN DOTACION TALENTO HUMANO | 13 | 1 | $ 56.866 | $ 739.259 |
| RACIÓN | 13 | 1 | $ 3.429.090 | $ 44.578.170 |
| REFRIGERIO | 13 | 1 | $ 190.515 | $ 2.476.700 |
| **PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | | | | **$ 69.553.984** |
| **INTEGRALIDAD** | | | | |
| AGENTE EDUCATIVO | | 1 | $ 2.670.988 | $ 2.670.988 |
| PSICOSOCIAL | | 1 | $ 2.670.988 | $ 2.670.988 |
| SALUD/NUTRICIÓN | | 1 | $ 2.670.988 | $ 2.670.988 |
| SABEDOR/ARTISTA | | 1 | $ 2.344.329 | $ 2.344.329 |
| GASTOS OPERATIVO Y TRANSPORTE | | 1 | $ 1.006.664 | $ 1.006.664 |
| **TOTAL INTEGRALIDAD** | | | | **$ 11.363.957** |
| **TOTAL BRUTO** | | | | **$ 80.917.941** |
| Menos descuentos por inejecuciones | | | | $ 2.344.329 |
| Menos reinversión de inejecuciones | | | | |
| Menos redistribución de ahorros | | | | |
| **DESCUENTOS** | | | | **$ 2.344.329** |
| **TOTAL NETO** | | | | **$ 78.573.612** |

**SON: SETENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

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

FIRMA (Supervisor/a) FIRMA (Rol Financiero) FIRMA (Rol técnico)

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato al que se hace referencia en el encabezado por parte del equipo de supervisión, de acuerdo con las cláusulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago del servicio prestado.

**LIQUIDACIÓN PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA**
**MODALIDAD COMUNITARIA**
**VIGENCIA FISCAL 2025**

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | CORPORACION CREER MAS |
| **CONTRATO No.** | 05019332024 |
| **SERVICIO** | HCB - FAMILIAR Y COMUNITARIA |

| DETALLE | No. UDS | MESES | COSTO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | | | **$ 3.568.705** | **$ 82.080.209** |
| REPOSICIÓN DOTACIÓN | 23 | 1 | $ - | $ - |
| MAT.DIDACT.DE CONSUMO | 23 | 1 | $ 18.083 | $ 415.909 |
| ASEO | 23 | 1 | $ 48.750 | $ 1.121.250 |
| PÓLIZA DE SEGURO PARA NIÑOS | 23 | 1 | $ 13.806 | $ 317.538 |
| GASTOS ADMINISTRATIVOS | 23 | 1 | $ 24.804 | $ 570.492 |
| APORTE AL TALENTO HUMANO | 23 | 1 | $ 1.378.000 | $ 31.694.000 |
| S.S. PENSIONES | 23 | 1 | $ 165.360 | $ 3.803.280 |
| S.S. SALUD | 23 | 1 | $ 117.130 | $ 2.693.990 |
| S.S. ARL | 23 | 1 | $ 14.386 | $ 330.878 |
| PARAFISCALES | 23 | 1 | $ 129.188 | $ 2.971.324 |
| PROVISIÓN PRIMA DE SERVICIOS | 23 | 1 | $ 114.833 | $ 2.641.159 |
| PROVISIÓN VACACIONES | 23 | 1 | $ 57.417 | $ 1.320.591 |
| PROVISIÓN % A LAS CESANTIAS | 23 | 1 | $ 13.780 | $ 316.940 |
| PROVISIÓN CESANTIAS | 23 | 1 | $ 114.833 | $ 2.641.159 |
| PROVISIÓN DOTACIÓN TALENTO HUMANO | 23 | 1 | $ 56.866 | $ 1.307.918 |
| VALOR RACIÓN PARA PREPARAR | 23 | 1 | $ 1.301.469 | $ 29.933.781 |
| VALOR RACIÓN VACACIONES | 23 | 1 | $ - | $ - |
| **TOTAL PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | | | | **$ 82.080.209** |
| **INTEGRALIDAD** | | | | |
| AGENTE EDUCATIVO | | 1 | $ 2.670.988 | $ 2.670.988 |
| PSICOSOCIAL | | 1 | $ 2.670.988 | $ 2.670.988 |
| SALUD/NUTRICIÓN | | 1 | $ 2.670.988 | $ 2.670.988 |
| GASTOS OPERATIVO Y TRANSPORTE | | 1 | $ 346.326 | $ 346.326 |
| **TOTAL INTEGRALIDAD** | | | | **$ 8.359.290** |
| **TOTAL BRUTO** | | | | **$ 90.439.499** |
| Menos descuentos por inejecuciones | | | | $ - |
| Menos reinversión de inejecuciones | | | | $ - |
| Menos redistribución de ahorros | | | | $ - |
| **DESCUENTOS** | | | | **$ -** |
| **TOTAL NETO** | | | | **$ 90.439.499** |

**SON: NOVENTA MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

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

FIRMA (Supervisor/a) | FIRMA (Rol Financiero) | FIRMA (Rol técnico)

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato al que se hace referencia en el encabezado por parte del equipo de supervisión, de acuerdo con las cláusulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago del servicio prestado.

Corporación Creer Mas
NIT 901.298.444-4

Medellín, 10 de junio de 2025

**DOCUMENTO DE COBRO**

**EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**NIT. 899.999.239-2**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CALLE 45 No 79-141 Medellín – Antioquia**

**DEBE A:**

**CORPORACION CREER MAS**
**NIT. 901.298.444-4**

**LA SUMA DE:** CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES TRECE MIL CIENTO ONCE PESOS M/L. ($169.013.111)

**CONTRATO:** 05019332024

**OBJETO CONTRACTUAL:"** PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE "CERO A SIEMPRE"

**PERIODO**: Séptimo Desembolso

**FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA:** CUENTA DE AHORROS No 780000519 BANCO AV VILLAS

Atentamente,

**ALBERTO GUBBAY PEREZ**
Representante Legal
CC. 71.621.498 de Medellín

**FIRMA DE QUIEN RECIBE:** _____

Corporación Creer Mas
NIT 901.298.444-4

Medellín, 10 de junio de 2025

**CERTIFICACION DE PAGOS DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, **ALBERTO GUBBAY PÉREZ** en mi calidad de Representante legal, certifico que la **CORPORACION CREER MAS** con NIT. **901.298.444-4**, la cual representó, se encuentra a paz y salvo con las obligaciones del pago de los aportes de nuestros empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hasta la fecha.

Igualmente certifico que dicha empresa ha cumplido, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición del presente certificado, con el pago de tales aportes. (1)

Atentamente,



**ALBERTO GUBBAY PEREZ** (2)
Representante Legal
CC. 71.621.498 de Medellín

(1) Nota: en caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

(2) Nota: Si la persona jurídica tiene revisor fiscal debe ser expedido por éste. Si no tiene revisor fiscal entonces lo expide el representante legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

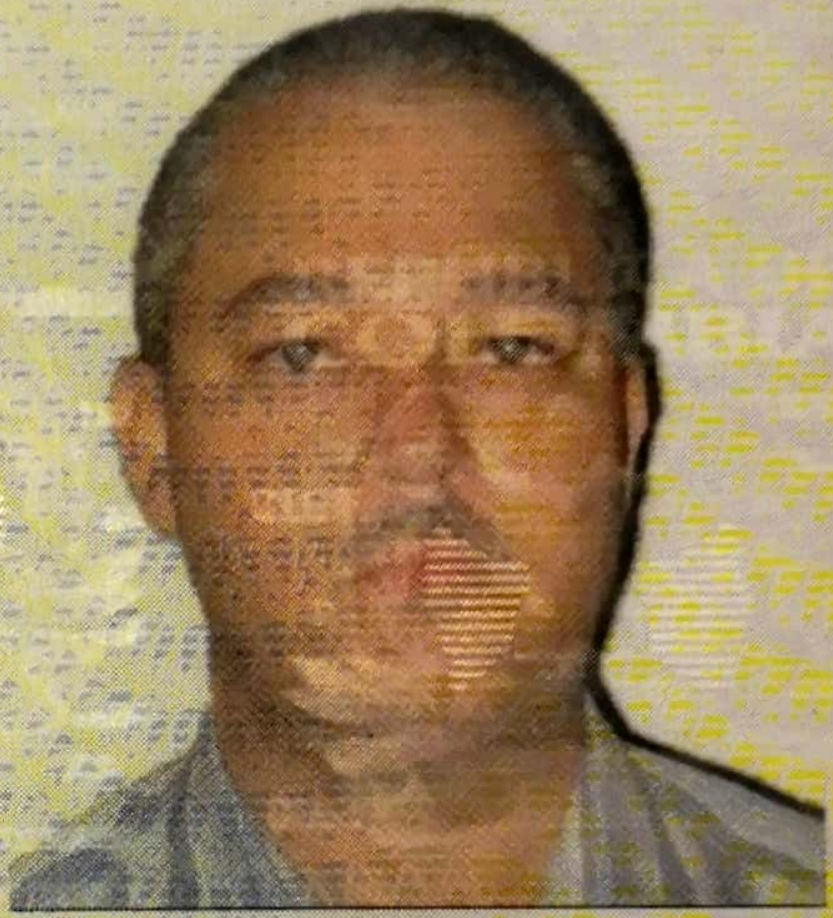
NUMERO 71.621.498

GUBBAY PEREZ

APELLIDOS

ALBERTO

NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1961**

**ACANDI**
**(CHOCO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.70** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**04-NOV-1980 MEDELLIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-0100100-00022022-M-0071621498-20080711 **0000**942135A 1 2080017543

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

## Douglas Omar Sanchez Montano

**De:** Danis Astrid Muñoz Segura
**Enviado el:** viernes, 13 de junio de 2025 3:52 p. m.
**Para:** Ana Milena Cuartas Tobon
**CC:** Douglas Omar Sanchez Montano; Robinson Castaneda Giraldo; Nelly Patino Arboleda; Yudi Elizabet Correa Grajales; Viviana Murillo Garabato; Mariana Mejia Londono
**Asunto:** AUTORIZACION DESEMBOLSOS JUNIO HCB

Cordial saludo,

En mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR de los contratos /convenios No. 05019332024, 05019152024, certifico para efectos del presente pago CORPORACION CREER MAS y ASOCIACIÓN COLOMBIANA RENACIENTE cumplieron 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 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 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.

"…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";

Atentamente,

BIENESTAR FAMILIAR

**Danis Astrid Muñoz Segura**
**Coordinadora**
Centro Zonal Suroeste
ICBF Sede Regional Antioquia
Dirección: Calle 49 # 49ª 39, Barrio Centro, Andes
Teléfono: 604 4093440 Ext. 413000
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