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	05010702025	FECHA SUSCRIPCIÓN	27 (día)	junio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			10 (día) septiembre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 3	DE 3
VALOR A PAGAR	$ 1.352.589.276,00	EN LETRAS	MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M.L
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) agosto (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS - HOGARES SUSTITUTOS ONG - DISCAPACIDAD	398525	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 1.352.259.275,00
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - HOGARES SUSTITUTOS ONG - DISCAPACIDAD	398525	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A-02-02-02-009-003-03	$ 330.001,00

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	616-000032S-6	TIPO DE CUENTA	Ahorro

3. OBSERVACIONES

El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) Un giro de alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de julio por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de julio, más el valor equivalente al promedio de ejecución mensual de la Dependencia de Gasto 112 presentando los siguientes documentos:
1. Certificación Bancaria; 2. Aprobación de Garantía; 3. Acta de Inicio; 4. Los exigidos en la Resolución 5360 de 2023 que apliquen, teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Dos (2) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA, 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) de los siguientes documentos: 1. Informe digital sobre la prestación del servicio que contenga como mínimo: número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de las niñas, niños, 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 de todos los soportes presentados será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato 7. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el desembolso realizado de la Dependencia de Gasto 112, aportando los soportes de los recursos ejecutados. 8. Cuenta de cobro o factura (según aplique). 9. Suscripción y legalización del contrato de comodato con la respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato y la relación de inventarios, cuando aplique. (iii) Para el aporte correspondiente al mes de Septiembre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al 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	$	1.352.589.276,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	1.352.589.276,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	1.352.589.276,00

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA 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
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 agosto de 2025	CONTRATO No.:	05010702025
MODALIDAD:	HOGAR SUSTITUTO		
CUPOS CONTRATADOS:	530	DURACIÓN DEL CONTRATO:	Del 1 de julio al 30 de septiembre de 2025
VALOR CONTRATO:	$ 4.271.052.920		

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 %: 45,40%

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. 05010702025 del 27 de junio de 2025, 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
492	$ 1.929.038,0	$ 949.086.696	350,5	11,68		$ 22.531.164	971.617.860
		$ -			-	$ -	
		$ -					
SUBTOTAL		$ 949.086.696		0		$ 22.531.164	$ 971.617.860

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
26,32	875.783,25	$ 23.050.615			$ -	$ 971.617.860	23.050.615,00
							$ -
SUBTOTAL		$ 23.050.615			$ -	$ 971.617.860	$ 23.050.615
Beca Madres Sustitutas							$ 349.991.200
Cobro celebracion de cumpleaños memorando radicado 20252000000014053							$ 7.599.600
C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112							$ 330.001
							$ -
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:		==========>					$ 1.352.589.276

SON: MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M.L

La presente liquidacion corresponde al analisis de condiciones de ejecucion del contrato No 05010702025 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: **398525**

No. Cuenta de ahorros: 616-0000325-6 BANCOLOMBIA-AHORROS

CLARIBEL GUZMAN CASTRILLON
FIRMA (Supervisora)

LEYDY PEREZ NAVARRO
FIRMA (Profesional Financiero)

DEISY ALEJANDRA GOMEZ AYALA
FIRMA (Técnica)

AACCH-002-25

Medellín, 4 de Septiembre 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 CUARENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M… ($1.344.659.675.00).

POR CONCEPTO DE:

Contrato de aporte N° **05010702025** 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 Agosto de 2025. (Incluye el pago de beca, cuota de sostenimiento, dotación, gasto de emergencia y costos operativos).
.
Realizar la consignación en la cuenta de ahorros Maestra Bancolombia # **616-0000325-6** a nombre de la **Asociación Amigos con Calor Humano Nit: 890.983.816-1.**

Atentamente,

MARIA JIMENA OSORIO SALAZAR
C.C 1.036.395.962 Del Carmen de Vivoral
Representante Legal

Elaborado por: Amparo Álzate Vargas – Financiera

AACCH-002-1-25

Medellín, 04 de Septiembre 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: SIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ML… ($7.599.600.00)

POR CONCEPTO DE:

Contrato de aporte N° **05010702025** 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 por concepto de celebración de cumpleaños de 38 beneficiarios de hogar sustituto correspondiente al mes de Agosto 2025.
.
Realizar la consignación en la cuenta de ahorros Maestra Bancolombia # **616-0000325-6** a nombre de la **Asociación Amigos con Calor Humano Nit: 890.983.816-1.**

Atentamente,

MARIA JIMENA OSORIO SALAZAR
C.C 1.036.395.962 Del Carmen de Vivoral
Representante Legal

Elaborado por: Amparo Álzate Vargas – Financiera

AACCH-002-3-25

Medellín, 10 de Septiembre 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: TRESCIENTOS TREINTA MIL UN PESO ML..($330.001.00).

POR CONCEPTO DE:

Contrato de aporte N° **05010702025** 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 Agosto de 2025.

Realizar la consignación en la cuenta de ahorros Maestra Bancolombia # **616-0000325-6** a nombre de la **Asociación Amigos con Calor Humano Nit: 890.983.816-1.**

Atentamente,

MARIA JIMENA OSORIO SALAZAR
C.C 1.036.395.962 Del Carmen de Vivoral
Representante Legal

Elaborado por: Amparo Álzate Vargas – Financiera

Medellín, 4 de Septiembre 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 Septiembre 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 Agosto.

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.



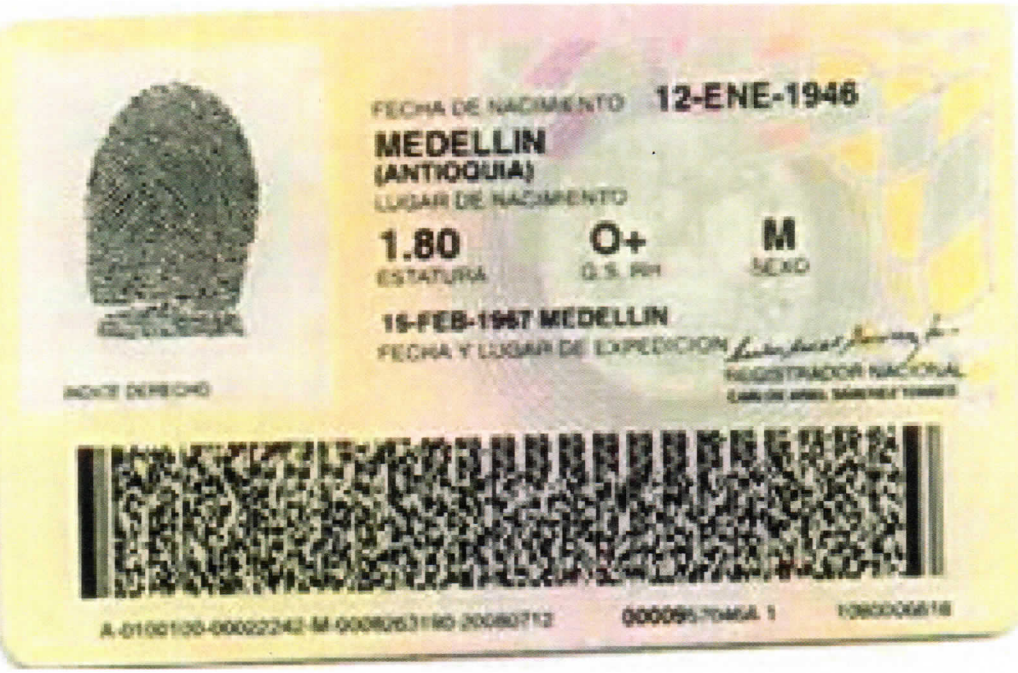
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

D161D2DE5C2C5C56

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

Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Julio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
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

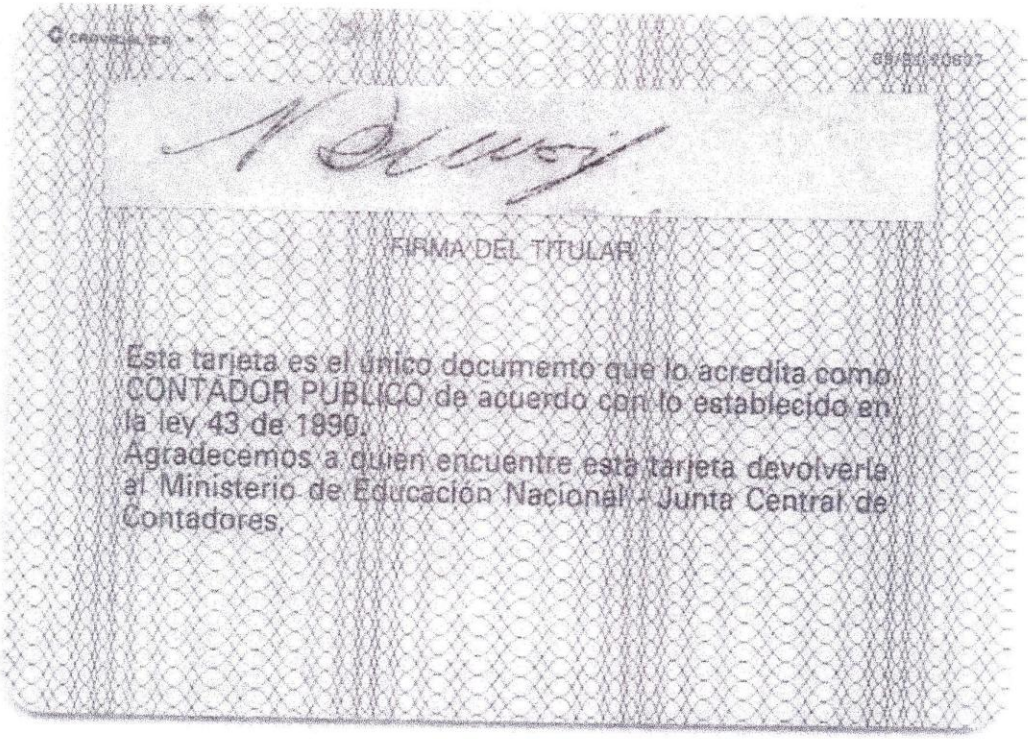


989-T

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.

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

MEMORANDO

Radicado No: 202531002000158591

Para: ANA MILENA CUARTAS TOBÓN
Coordinadora Financiera

Asunto: REMISION DESEMBOLSOS AGOSTO 2 CONTRATOS DE APORTE

Fecha: 2025-09-10

En mi calidad de SUPERVISORA de contratos de aporte, envío certificaciones completas y solicito se realice el desembolso de ejecución de cupos, celebración de cumpleaños y rubro 112 del mes de agosto 2025, correspondiente a los siguientes contratos:

No. DE CONTRATO	OPERADOR	MODALIDAD	DEPENDENCIA
05010702025	AMIGOS CON CALOR HUMANO	HOGAR SUSTITUTO	123 Y 112
05010752025	CLINICA DE ORIENTE	INTERNADO	123 Y 112

Atentamente,

CLARIBEL GUZMAN CASTRILLON
Profesional Especializado- Supervisora de contratos Anexo: 2 pdf

Outlook

AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO AGOSTO 2 CONTRATOS DE APORTE

Desde Claribel Guzman Castrillon <Claribel.Guzman@icbf.gov.co>
Fecha Mié 10/09/2025 18:54
Para Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>
CC Francisco Javier Hurtado Hernandez <Francisco.Hurtado@icbf.gov.co>; Angela Bibiana Osorio Patino <Angela.Osorio@icbf.gov.co>; Leydy Perez Navarro <Leydy.PerezN@icbf.gov.co>; Yudi Elizabet Correa Grajales <Yudi.Correa@icbf.gov.co>; Viviana Murillo Garabato <Viviana.Murillo@icbf.gov.co>

1 archivo adjunto (250 KB)
Rad. 20253100200015859l.pdf;

Atento Saludo Coordinadora Financiera

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 20253100200015859l

N° DE CONTRATO	OPERADOR	MODALIDAD	RP	DEPENDENCIA	RECURSO (21-27-10- ó 16)	VALOR PARA PAGAR
5010702025	ASOCIACION AMIGOS CON CALOR HUMANO	HOGAR SUSTITUTO	398525	**123**	**27**	1.352.259.275
				112	**27**	330.001
5010752025	CLINICA DEL ORIENTE, CORPORACION PARA LA SALUD MENTAL	INTERNADO	397925	123	27	487.134.532
				112	27	3.707.310

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 información 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 COLOMBIAN INSTITUTE FOR FAMILY WELFARE - 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 COLOMBIAN INSTITUTE FOR FAMILY WELFARE - 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
Atento saludo Coordinadora Financiera