Yo, **DIANA CRISTINA MOLINA RESTREPO**

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	**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**901496702**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05010712025	FECHA SUSCRIPCIÓN	26 (día)	junio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			13 (día) octubre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 4	DE 4
VALOR A PAGAR	$ 4.500.265,00	EN LETRAS	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL DOS CIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/L.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE PROTECCION PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS - VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD	394825	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A 02-02-02-009-003-03	$ 4.500.265,00

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	NÚMERO DE CUENTA	45400005150	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

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	$	4.500.265,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	4.500.265,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	4.500.265,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DIANA CRISTINA MOLINA RESTREPO	SUPERVISOR	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL SUR ORIENTE	
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
ABEL EMILIO PIEDRAHITA PEÑA	ASESOR FINANCIERO	ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL SUR ORIENTE	

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familia
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Antioquia
Centro Zonal Sur Oriente

GOBIERNO DE COLOMBIA

CERTIFICACION DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS Y COSTOS PARA INSTITUCIONES DE PROTECIÓN PROYECTO 7
VIGENCIA FISCAL 2025

DATOS DEL CONTRATO							
					NIT:	901.496.702	
PERIODO	DEL: 01/09/2025		AL: 30/09/2025			CONTRATO No.:	05010712025
MODALIDAD:	HOGAR SUSTITUTO						
CUPOS CONTRATADOS INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES		200	DURACIÓN DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y PRORROGAS		Julio 1 de 2025 hasta octubre 31 de 2025	VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES	$2.132.830.400.00
VALOR CUPO MES:	$	1.929.038,00	COSTO FIJO	45,4%			
VALOR BECA:	$	711.750,00					

El suscrito supervisor del Centro Zonal Suroriente certifica que FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO , con nit No. 901.496.702 viene cumpliendo idonea y correctamente el objeto del contrato de aporte No. 05010712025 suscrito el 26 de junio de 2025, en cuanto a brindar servicio de proteccion para el restablecimiento del derecho a los niños, niñas y adolecentes. VALOR CUPO $2.640.788.00

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
	$ 1.929.038	$ -			1.929.038		$ -
		$ -				$ -	0
SUBTOTAL		$ -				$ -	0

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
	$ 875.783,252						0
					0		
		$ -			$ -	$ -	0

TOTAL ATENCION RUBRO 112	==========>	$ 4.500.265
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:	==========>	$ 4.500.265

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL DOS CIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/L.

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato No.05010712025 de 2025 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.

Identificador: **C-4602-1500-10-704040-4602014-02**

Compromiso Presupuestal SIIF NACIO **394825** No. Cuenta AHORROS 45400005150 BANCOLOMBIA S.A.

Diana C. Molina R

DIANA CRISTINA MOLINA RESTREPO
FIRMA Supervisor

Maribel Osorio León

MARIBEL OSORIO LEON
FIRMA (asesor tecnico)

ABEL EMILIO PIEDRAHITA PEÑA
FIRMA (Asesor Financiero)

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACIÓN	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

DOCUMENTO DE COBRO

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ANTIOQUIA
NIT 899.999.239.-2

DEBE A:

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901.496.702-9

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL DOS CIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($ 4.500.265).

CONTRATO DE APORTES No 05010712025 del 01/07/2025

POR CONCEPTO DE: Pago de rubro 112 acciones complementarias (acompañamientos hospitalarios, transportes y atenciones de salud) de los usuarios atendidos por el contrato No. 05010712025… DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA 8 - FORMA DE DESEMBOLSO DEL CONTRATO DE APORTES NO. 05010712025, Y QUE CORRESPONDE A LA ATENCIÓN COMPRENDIDA DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025.

Consignar en la cuenta maestra (ahorros) No. 45400005150 del Banco Bancolombia.

Medellín, 07 de Octubre de 2025.

YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal

Proyectó: Benjamín Andres Romero Sanmiguel

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACIÓN	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES ARTICULO 50 LEY 879 DE 2002

Señores
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Antioquia

Asunto: **Declaración Juramentada**

Yo, **YURY MARCELA CASTRO YASNO**, identificado con **1.024.486.136** de BOGOTÁ y con Tarjeta Profesional No. **301942-T** de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de la **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO** identificado con **Nit 901.496. 702-9** debidamente inscrito en la **CÁMARA DECOMERCIO DEL HUILA**, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)
Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Medellín, a los (30) Treinta días del mes de Septiembre de 2025.

Atentamente,

YURY MARCELA CASTRO YASNO
C.C. No. 1.024.486.136 de BOGOTÁ
Tarjeta Profesional No. 301942-T
Revisor Fiscal



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.486.136

CASTRO YASNO
APELLIDOS

YURY MARCELA
NOMBRES

YURY MARCELA CASTRO YASNO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1988

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

07-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00164131-F-1024486136-20090724 0013845702A 1 1580010154



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

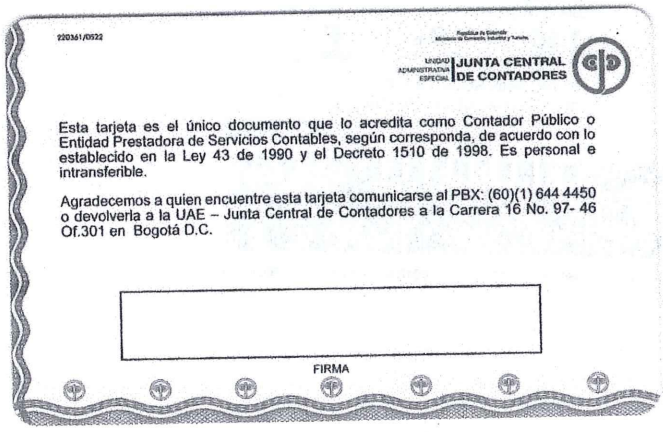
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

301942-T

YURY MARCELA
CASTRO YASNO
C.C. 1024486136
RES. INSCRIPCION 3794 DEL 27/09/2022
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

350534 351027



220361/0522

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA