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	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	860007314			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05021562025	FECHA SUSCRIPCIÓN	28 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) julio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	9 (día) febrero (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3	DE	8
VALOR A PAGAR	$ 212.890.007	EN LETRAS	DOSCIENTOS DOCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL SIETE PESOS M.L.		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) enero (mes) 2026 (año)	HASTA	30 (día) enero (mes) 2026 (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 PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA Y/O VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑAS, NIÑOS ADOLESCENTES Y JÓVENES	14426	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A 02-02-02-009-003-03	$ 212.890.007

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 CAJA SOCIAL S.A.	NÚMERO DE CUENTA	24151124189	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 poliza2. 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	$ 212.890.007
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 212.890.007 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 212.890.007

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
JORGE HUGO VÉLEZ FLÓREZ	FINANCIERO	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

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

Grupo de Protección

CERTIFICACION DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS Y COSTOS PARA INSTITUCIONES DE PROTECIÓN

VIGENCIA FISCAL 2026

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE		**NIT:**	**860.007.314**
PERIODO	**1/01/2026 al 30/01/2026**	**CONTRATO No.**	**05021562025**
MODALIDAD:	**INTERNADO- VULNERACION**		
CUPOS CONTRATADOS:	**90**	**DURACIÓN DEL CONTRATO:**	Del 29 de diciembre 2025 al 31 de julio 2026
VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES	**$ 1.517.073.438**		
VALOR CUPO MES:	**$ 2.392.543**	**COSTO FIJO %:**	**63.20%**

El suscrito supervisor del Centro Zonal Aburra Norte certifica que **CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE**, con nit No. **860007314** viene cumpliendo idonea y correctamente el objeto del contrato de aporte **No. 05021562025**: BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO / CASA DE ACOGIMIENTO PARD 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**
80	$ 2.392.543	$ 191.403.440	217,0	**7,23**	$ 2.392.543	$ 17.298.086	$ 208.701.526
SUBTOTAL							**$ 208.701.526**

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**
2,77	$ 1.512.087	$ 4.188.481					$ 4.188.481
SUBTOTAL							**$ 212.890.007**
(+) Celebración de cumpleaños			==========>				
(+) RUBRO C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112			==========>				$ -
(+) RUBRO C-4602-1500-10-704040-4602014-02-114			==========>				$ -
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:			==========>				**$ 212.890.007**

SON:	**DOSCIENTOS DOCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL SIETE PESOS M.L.**

La presente liquidación corresponde al analisis de las condiciones de la ejecución del contrato N° 05021562025, 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 y C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112

Compromiso Presupuestal SIFF NACION II: **14426**

HELEN JELENY VILLADA PÉREZ

FIRMA (Supervisor CZ ABURRA NORTE)

JORGE HUGO VÉLEZ FLÓREZ

FIRMA (Asesor Financiero)

MARÍA ALEJANDRA JIMÉNEZ MARULANDA

FIRMA (Técnico de contrato)

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE
ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO
NIT: 860.007.314-1

CARRERA 49 N 51 -24
BELLO-ANTIOQUIA
TEL: 2750736-2753961
E-MAIL contabilidad@hogarjudithjaramillo.com

Hogar Judith Jaramillo

SEÑORES: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		**DIA**	**MES**	**AÑO**
DIRECCION : Calle 45 N 79 -141 Medellin -Antioquia		01	02	2026
CIUDAD Bello Regional Aburra Norte	Tel 409.34.40	**NIT 899.999.239-2**		
DESCRIPCION		**VALOR TOTAL**		
BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS , EN LA MODALIDAD INTERNADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TECNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF CUPOS CONTRATADO :90 CONTRATO: 05021562025 PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2026		**212.890.007**		
FIRMA Y SELLO	**TOTAL**	**212.890.007**		
		DOSCIENTOS DOCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL SIETE PESOS (M.L)		

BANCO CAJA SOCIAL - BELLO
CTA. AHORROS No. 24151124189

Hogar Judith Jaramillo

CERTIFICACIÓN

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN HOGAR JUDITH JARAMILLO - SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE CERTIFICA QUE DEL PRIMERO (01) DE ENERO HASTA EL TREINTA (30) DE ENERO DE 2026 FUERON ATENDIDAS EN MODALIDAD PROTECCION -INTERNADO, NIÑAS REMITIDAS POR EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CON EDADES ENTRE LOS SIETE (7) Y DIECIOCHO (18) AÑOS AL CONTRATO DE APORTE No.05021562025 DE FECHA 31 DE DICIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICINCO (2025) SUSCRITO ENTRE BIENESTAR FAMILIAR Y EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCION REFERIDA:

CUPOS UTILIZADOS	DIAS DE ATENCION	CUPO TREINTA DIAS	VALOR DIA	COSTO TOTAL
80	1	2.392.543	2.392.543	191.403.440
7,23	1	2.392.543	79.751	17.298.086
2,77	1	1.512.087	1.512.087	4.188.481
VALOR DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2026				**212.890.007**

VALOR DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2026 **212.890.007**

NIT: 860007314-1

Tel. 2750736, 2753961

4102-1500-4102037-02
RUBRO PRESUPUESTAL

CTA. AHORROS No. 24151124189

BANCO CAJA SOCIAL - BE

María Inés Osorio Celis
55.056.731 de Garzon
Directora

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Bello, febrero 01 de 2026

Señores:
Instituto Colombiano De Bienestar Familiar
Centro Zonal Aburra Norte

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Yo, Paola Andrea Palacio Echavarría Identificada con C.C.43.117.831 de Bello (Ant.). En mi calidad de Contadora Pública de la Congregación Siervas de Cristo Sacerdote-**HOGAR JUDITH JARAMILLO**, identificada con NIT 860.007.314-1, manifiesto que se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con sus proveedores de Bienes y Servicios, con corte a la fecha de 31 de enero del año 2026, debido a que la forma de pago utilizada es de contado.

Cordialmente,

Paola Andrea Palacio Echavarría
Contadora Pública

Sor María Inés Osorio Celis
Representante Legal 237809-T

El Suscrito representante legal de la entidad **CONGREGACIÓN DE LAS SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE**, en el marco de la ejecución del contrato N° **860007314-1.** modalidad Acogimiento residencial – Internado

CERTIFICA

Que ha dado cumplimiento a las siguientes obligaciones generales del contrato de aporte No. **05021562025**, modalidad Acogimiento residencial – Internado en el periodo comprendido del 31 de diciembre del 2025 al 31 de julio del 2026.

1. Ejecutar y cumplir a cabalidad con el desarrollo del objeto del contrato.

2. Asumir las responsabilidades de todas las actividades relativas a la ejecución de sus obligaciones establecidas en este contrato.

3. Compartir con el ICBF la información y las herramientas metodológicas necesarias para el cabal desarrollo del contrato.

4. Entregar al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos cuando así se requiera.

8. Utilizar la imagen del ICBF de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Manual de Identidad Visual vigente. Salvo autorización expresa y escrita de las partes, ningún funcionario podrá utilizar el nombre, emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios o de cualquier otra índole.

9. Guardar estricta reserva sobre toda la información y documentos que tenga acceso y manejo en el desarrollo de su actividad o que llegue a conocer en el desarrollo del contrato y que no tenga carácter de pública. En consecuencia, se obliga a no divulgar por ningún medio dicha información o documentos a terceros, sin la previa autorización escrita del ICBF.

10. Garantizar la correcta ejecución de los recursos financieros entregados por el ICBF, según los requerimientos técnicos, logísticos y administrativos necesarios para el cumplimiento del objeto del contrato.

12. Disponer de una cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y llevar una contabilidad por centro de costos para el manejo de los recursos aportados por el ICBF. Los rendimientos financieros que estos recursos puedan generar deben ser reintegrados a la cuenta bancaria a nombre del ICBF, y será informada por el supervisor del contrato conforme a las directrices del grupo financiero del ICBF.

16. Garantizar durante la ejecución del contrato la permanencia y vinculación del personal mínimo requerido en el manual operativo y/o guías operativas de la modalidad; y ficha de condiciones técnicas.

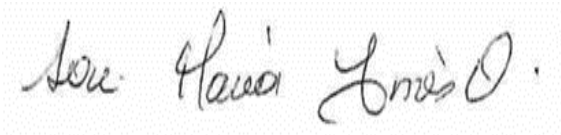
17. Devolver al ICBF, una vez finalizada la ejecución del contrato, los documentos que en desarrollo de este se hayan producido, e igualmente todos los archivos que se hayan generado en cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

18. El contratista se compromete a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público.
19. Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo “Buenas Prácticas en la Gestión Contractual” del Manual de Contratación del ICBF vigente.

21. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

Que para la verificación de cada una de las obligaciones por parte de la supervisión **CONGREGACIÓN DE LAS SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE** cuenta con los correspondientes soportes que acreditan lo manifestado en el presente documento.

La presente certificación se expide en la Ciudad de 55.056.731 el día 2 del mes febrero del año 2026



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
CC No. 55.056.731

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

Yo, María Inés Osorio Celis identificado con cédula de ciudadanía No. 55.056.731 de Garzon, en mi condición de Representante Legal de CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO-HOGAR JUDITH JARAMILLO identificada con Nit 860.007.314-1, 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 Bello, a los (01) días del mes de febrero de 2026.

Paola Andrea Palacio Echavarría
Contadora Pública
Representante Legal
237809-T

Sor María Inés Osorio Celis

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.117.831**

PALACIO ECHAVARRIA

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

Paola Palacio

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-1980**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-NOV-1998 BELLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0104900-00671773-F-0043117831-20150223 **0043**193479A 3 2173241178

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

237809-T



PAOLA ANDREA
PALACIO ECHAVARRIA
C.C. 43117831
RES. INSCRIPCION 170 DEL 26/02/2018
CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

243891 262695

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como Contador Publico de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

Paola Palacio

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6FBF5537C2B68F6F

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 **PAOLA ANDREA PALACIO ECHAVARRIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 43117831 de BELLO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 237809-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

Outlook

Solicitud de Desembolso, CA de Protección, C.Z. Aburrá Norte

Desde Helen Jeleny Villada Pérez <Helen.Villada@icbf.gov.co>
Fecha Jue 12/02/2026 18:09
Para Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>; Yudi Elizabet Correa Grajales <Yudi.Correa@icbf.gov.co>; Nelly Patino Arboleda <Nelly.Patino@icbf.gov.co>
CC Jorge Hugo Velez Florez <Jorge.Velez@icbf.gov.co>

1 archivo adjunto (140 KB)
202631004000013713 Solicitud de desembolso, febrero CA Aburrá Norte.pdf;

Dra. ANA MILENA CUARTAS.
Coordinadora, Grupo Financiero

Reciba un Cordial Saludo de mi parte,

Certifico para efectos del presente pago, que los operadores relacionados en el siguiente cuadro 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 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 en la siguiente relación:

1. Alistamiento del mes de enero de 2026.

CONTRATO	CONTRATISTA	MODALIDAD
05021582025	ASOCIACIÓN DE PEDAGOGOS REEDUCADORES EGRESADOS DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ - ASPERLA	APOYO PSICOSOCIAL
05021652025	CONGREGACIÓN RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES	APOYO PSICOSOCIAL

2. Servicios del mes de enero de 2026.

CONTRATO	CONTRATISTA	MODALIDAD
05019452025	ASOCIACIÓN PUNTO DE ENCUENTRO	HOGAR SUSTITUTO
05021522025	ASOCIACIÓN UNIDOS POR LA INFANCIA-ASUINFANCIA	HOGAR SUSTITUTO
05021562025	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	INTERNADO

CONTRATO	CONTRATISTA	MODALIDAD
05021602025	CONGREGACIÓN RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES	INTERNADO
05019922025	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	INTERNADO
05021632025	CONGREGACIÓN RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO
05021422025	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO
05021652025	CONGREGACIÓN RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES	APOYO PSICOSOCIAL
05021582025	ASOCIACIÓN DE PEDAGOGOS REEDUCADORES EGRESADOS DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ - ASPERLA	APOYO PSICOSOCIAL

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 No:2026310040000013713

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,

BIENESTAR FAMILIAR

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