Yo, **CLAUDIA MARCELA ARBOLEDA AGUDELO**

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	76008952025	FECHA SUSCRIPCIÓN	1 (día)	julio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			17 (día) febrero (mes) 2026 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Reserva presupuestal	PAGO No:	6 DE 6
VALOR A PAGAR	$ 41.380.460,00	EN LETRAS	CUARENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS MCTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) diciembre (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	313825	21	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123 MODALIDADES DE ACOGIMIENTO	02-02-02-009-003-3	$ 35.759.940,00
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	313825	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123 MODALIDADES DE ACOGIMIENTO	02-02-02-009-003-3	$ 5.620.520,00

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:	BANCO CAJA SOCIAL	NÚMERO DE CUENTA	24146604070	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

PAGO Atención DICIEMBRE $ 49,417,599, SEGÚN ORIENTACIONES DE LA REGIONAL SE PAGARA EL VALOR DEL SALDO DEL RP $ 41,380,460, oo QUEDANDO PENDIENTE DE PAGO POR PARTE DEL ICBF LA SUMA DE $ 8,037,139,OO

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	$	41.380.460,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	41.380.460,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	41.380.460,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CLAUDIA MARCELA ARBOLEDA AGUDELO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CON FUNCIONES DE SUPERVISOR	VALLE DEL CAUCA	CARTAGO	
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
OSCAR ARMANDO FERNANDEZ	PROFESIONAL CONTRATISTA	VALLE DEL CAUCA	CARTAGO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	AREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
JUAN CARLOS ROLDAN	PROTECCION		17/02/2026

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

Cartago, 30 de diciembre 2025

CUENTA DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 899.999.239-2

Debe a:

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE, NIT: 860.007.314-1

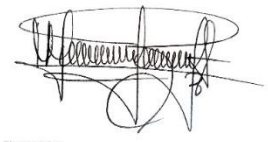
Modalidad: INTERNADO DE VULNERACIÓN; UBICADO EN EL BARRIO DEL CARMEN MUNICIPIO DE CARTAGO VALLE.

Directora: SOR MARLENY RAMÍREZ TORO
CEL: 3162934412

La suma de:

- Mes de diciembre: cuarenta y un millones trescientos ochenta mil cuatrocientos sesenta pesos m/cte. ($41.380.460).

POR CONCEPTO: De servicios prestados durante el mes de diciembre de 2025 en la atención integral de las niñas y adolescentes en la modalidad de internado de vulneración, cuarenta (**40**) cupos atendidos de los cuales son cincuenta y cinco cupos contratados a niñas y adolescentes con vulnerabilidad de derechos de acuerdo al contrato de aportes 76008952025.



Sor Marleny Ramírez Toro
Internado de Vulneración - Casa de Cristo Madre Manuelita
Representante Legal Apoderada

CLASIFICADA

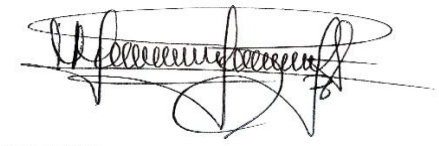
Cartago, 17 de febrero de 2026

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

Yo **MALENY RAMIREZ TORO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 28.955.164, en mi condición de Representante Legal Apoderada de la **CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE** identificada con NIT 860.007.314-1, **CERTIFICO** que la empresa ha cumplido durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales y parafiscales (Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA), 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.

Para constancia, se firma en la ciudad de Cartago, a los diecisiete (17) días del mes de febrero de 2026.



SOR MARLENY RAMIREZ TORO
Representante Legal Apoderada
Internado Casa de Cristo Sacerdote
siervasdecristocartago1522@gmail.com
Calle 15 # 5-22 Cartago Valle

CLASIFICADA

Descargar documento | Editar | Cerrar

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento 66A2A7DB38CD9F2217C63502FF758D7A52B908AA8548369579462BFA67ADDEB1

Ubicación Público

Información del documento

Clasificación de documento: -

Descripción INFORME SUPERVISION CTO 895_DIC.pdf

Nombre INFORME SUPERVISION CTO 895_DIC.pdf

Tamaño 625917

Estado No encriptado

Creado por CLAUDIA MARCELA ARBOLEDA AGUDELO

Fecha de creación 6 minutos de tiempo transcurrido *(19/02/2026 10:26:23 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Documento usado en

Tipo	Descripción
Entidad	ICBF REGIONAL VALLE DEL CAUCA

Configuración de acceso al documento

¿Todos los usuarios de la entidad tienen acceso a este documento?

(•) Si ( ) No

Volver | Descargar documento | Editar | Cerrar

Compartir en Teams Zoom

AUTORIZACION PAGOS CTOS PROTECCION PERIODO DICIEMBRE PAGOS CORRESPONDIENTES A LA RESERVA PRESUPUESTAL



Claudia Marcela Arboleda Agudelo

Para: Monica Ordonez Vasquez

Vie 20/02/2026 3:53 PM

CC: Jennifer Rodriguez Pena; Adriana Daza Dorado; Oscar Armando F

Importancia alta

Cordial Saludo, Doctora Mónica

Yo, Claudia Marcela Arboleda Agudelo, en calidad de supervisora de los contratos, **AUTORIZO** continuar con el trámite de pago correspondiente a la **cuenta de cobro del mes de DICIEMBRE de 2025 CON CARGO A LA RESERVA PRESUPUESTAL**, por concepto de la atención **desembolso** de los contratos:

- **Contrato No. 76008472025**, suscrito con CASA DE PROTECCION AL MENOR SENDEROS modalidad INTERNADO
- **Contrato No. 76008512025** suscrito con FUNDESCO, modalidad INTERNADO
- **Contrato No. 76008582025**, suscrito con FUNDESCO, modalidad INTERNADO
- **Contrato No. 76008952025**, suscrito con SIERVAS DE CRISTO, modalidad INTERNADO

Certifico que el operador ha cumplido a satisfacción con las obligaciones contractuales. Por lo anterior, autorizo el pago del periodo **1 al 30 de DICIEMBRE de 2025**, correspondiente a la **atención del mes de DICIEMBRE**, para su desembolso en FEBRERO **de 2026**, según las cláusulas establecidas en el contrato.

Se cargan en la ruta del GIT Financiero los requisitos establecidos para el desembolso:

- Formato **F5.P17.GF – Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos**
- Cuenta de cobro
- Certificación de paz y salvo de pago de parafiscales
- Los demás requisitos establecidos en la **Resolución 5360 de 2023**

Atentamente,

BIENESTAR FAMILIAR

Claudia Marcela Arboleda Agudelo
Profesional Especializado
Protección - Supervisión
Centro Zonal Cartago
ICBF Sede Regional Valle del Cauca
Carrera 6 No. 9-61
Teléfono: 602 4882525 Ext. 273011
www.icbf.gov.co