FECHA:MARZO 11 DE 2026
Bogotá D.C

CUENTA DE COBRO No. 85 Lajas C

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL CUNDINAMARCA
NIT: 899.999.239-2
Carrera 47 No 91- 68 - Bogotá
TELÉFONO: (+571) 4377630

DEBE A:
CORPORACION AMOR POR COLOMBIA
NIT: 830.085.547-2
Carrera 84 No 89 40
TELÉFONO: 6780810
contabilidad@axc.com.co

Por concepto de: Acompañamientos hospitalarios del periodo del 1 al 28 de febrero de 2026, en la modalidad de Atención Internado - Discapacidad psicosocial para niñas, niños y adolescentes a través del Contrato de Aportes No. 25009262025

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Acompañamiento hospitalario del periodo del 1 al 28 de febrero de 2026 Contrato de Aportes No. 25009262025	$ 2.110.591	$ 2.110.591

SON: DOS MILLONES CIENTO DIEZ MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS MCTE

La presente se expide en Bogotá, el día 11 de marzo de 2026

MAGNOLIA CELIS TORRES
CC. 51,769,100 De Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL AMOR POR COLOMBIA

IMPRESO POR AMOR POR COLOMBIA NIT: 830.085.547-2

CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA AXC
HOGAR NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
SEDE ADMINISTRATIVA
NIT 830.085.547-2

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Bogotá, D.C Marzo 2 de 2026

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Bajo la gravedad de juramento los abajo firmantes certifican la entidad contratista **CORPORACION AMOR POR COLOMBIA AXC,** identificada con NIT No.**830.085.547-2** ha cumplido con el pago al talento humano, los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaramos que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARL-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA para el mes febrero de 2026 pagado a través del operador mi planilla.com.

Así mismo, conforme a lo previsto en la Ley 1393 de 2010 en su artículo 26 que indica "*La celebración y cumplimiento de las obligaciones derivadas de contratos de prestación de servicios estará condicionada a la verificación por parte del contratante de la afiliación y pago de los aportes al sistema de protección social, conforme a la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional"* certificamos que el personal vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios se encuentra al día en el pago de Seguridad Social .

REPRESENTANTE LEGAL

MAGNOLIA CELIS TORRES
C.C. No. 51.769.100

REVISOR FISCAL

GUILLERMO CHAPARRO SUAREZ
C.C. No. 79.372.515
TP 77009-T

Lleva tu Gestión de nómina y Recursos Humanos con nosotros **Ir a minomina.com** [x] Cerrar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	AMOR POR COLOMBIA	**Nit:**	830085547
Tipo planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2026
Sucursal o Dependencia:	HOGAR LAJAS CUNDINAMARCA	**Periodo liquidación Salud:**	Marzo 2026
Número de radicación:	67058971	**Total a pagar:**	$3,231,600
Fecha de vencimiento:	11/03/2026	**Total de empleados:**	5
Fecha de pago:	11/03/2026	**Número de administradoras:**	12

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número de aprobación:**	131603791
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	5		$0.00	$47,900
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$280,200
230301	800224808	Porvenir	2		$0.00	$600,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$303,600
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	5		$0.00	$372,000
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0.00	$218,900
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$250,000
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$237,200
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0.00	$237,300
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	1		$0.00	$218,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	5		$0.00	$279,200
PASENA	899999034	SENA	5		$0.00	$186,200
						$3,231,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos**

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Lleva tu Gestión de nómina y Recursos Humanos con nosotros **Ir a minomina.com** [x] Cerrar

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2026 . Compensar - Cenet S.A.

20 AÑOS | miplanilla.com Especialistas en Seguridad Social

Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet Edinet

CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA AXC
HOGAR NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
SEDE ADMINISTRATIVA
NIT 830.085.547-2

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Bogotá, D.C Marzo 2 de 2026

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Bajo la gravedad de juramento los abajo firmantes certifican la entidad contratista **CORPORACION AMOR POR COLOMBIA AXC**, identificada con NIT No. **830.085.547-2,** se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución para el mes de febrero de 2026.

REPRESENTANTE LEGAL

MAGNOLIA CELIS TORRES
C.C. No. 51.769.100

REVISOR FISCAL

GUILLERMO CHAPARRO SUAREZ
C.C. No. 79.372.515
TP 77009-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EF7036F9CF638F3E

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 **GUILLERMO CHAPARRO SUAREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79372515 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 77009-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *

Dado en BOGOTA a los 1 días del mes de Febrero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
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



77009-T

GUILLERMO
CHAPARRO SUAREZ
C.C. 79372515
RESOLUCION INSCRIPCION 30 FECHA 15/03/01
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.

86573

FESA S.A.

04/2001-25034

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 Educacion Nacional - Junta Central de Contadores.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.372.515
CHAPARRO SUAREZ
APELLIDOS
GUILLERMO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
09-OCT-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-MAY-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00130566-M-0079372515-20081122
0006657389A 1
1150044250
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

En atención a la solicitud elevada por **CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS COORDINADOR (A) OPERADOR,** para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **YENI PAOLA BARBOSA VELASQUEZ** identificado (a) con **TARJETA DE IDENTIDAD NUMERO 1013267607**. quien se encuentra ubicado(a) en **CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA – CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD - SEDE HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **YENI PAOLA BARBOSA VELASQUEZ** que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la IPS **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR - SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD NORTE**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá DC a los 21 días del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA _____

Nombre: **Diana Cristina Martinez Torres**

Cargo: **Profesional especializado del GIPEAA – Supervisora Contrato de Aporte N° 25009262025**

CLASIFICADA

Nota: Este formato se debe aplicar para la modalidad de restablecimiento de derechos diferente a Hogar Sustituto. **Una vez diligenciado el formato, por favor eliminar esta nota**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

En atención a la solicitud elevada por **CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS COORDINADOR (A) OPERADOR,** para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **LAURA ANDREA RODRIGUEZ ORTEGA** identificado (a) con **CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1034278737**. quien se encuentra ubicado(a) en **CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA – CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD - SEDE HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **LAURA ANDREA RODRIGUEZ ORTEGA** identificado que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR - SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD NORTE**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá DC a los 10 días del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA _____

Nombre: **Diana Cristina Martinez Torres**

Cargo: **Profesional especializado del GIPEAA – Supervisora Contrato de Aporte N° 25009262025**

CLASIFICADA

Nota: Este formato se debe aplicar para la modalidad de restablecimiento de derechos diferente a Hogar Sustituto. **Una vez diligenciado el formato, por favor eliminar esta nota**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

En atención a la solicitud elevada por **CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS COORDINADOR (A) OPERADOR,** para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **DIANA CAROLINA ORTIZ DIAZ** identificado (a) con **TARJETA DE IDENTIDAD NUMERO 1109384159**. quien se encuentra ubicado(a) en **CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA – CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD - SEDE HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **DIANA CAROLINA ORTIZ DIAZ** identificado que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR - SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD NORTE**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá DC a los 10 días del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA 

Nombre: **Diana Cristina Martinez Torres**

Cargo: **Profesional especializado del GIPEAA – Supervisora Contrato de Aporte N° 25009262025**

CLASIFICADA

Nota: Este formato se debe aplicar para la modalidad de restablecimiento de derechos diferente a Hogar Sustituto. **Una vez diligenciado el formato, por favor eliminar esta nota**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

En atención a la solicitud elevada por **CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS COORDINADOR (A) OPERADOR,** para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **SARA JHOHANA GONZALEZ ROCHA** identificado (a) con **TARJETA DE IDENTIDAD NUMERO 1.073.689.620**. quien se encuentra ubicado(a) en **CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA – CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD - SEDE HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS.**

SE AUTORIZA

El acompañamiento hospitalario a **SARA JHOHANA GONZALEZ ROCHA** que será realizado durante el tiempo requerido previa constancia u orden del médico tratante, en la IPS **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR - SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD NORTE**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá DC a los 18 días del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA 

Nombre: **Diana Cristina Martinez Torres**

Cargo: **Profesional especializado del GIPEAA – Supervisora Contrato de Aporte N° 25009262025**

CLASIFICADA

Nota: Este formato se debe aplicar para la modalidad de restablecimiento de derechos diferente a Hogar Sustituto. **Una vez diligenciado el formato, por favor eliminar esta nota**

HOSPITALIZACIONES DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2026 CONTRATO 25009262025

DATOS GENERALES DEL NNA			DATOS DE HOSPITALIZACIÓN							
N°	NOMBRE NNA	HOSPITAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	HORA DIA $6500	HORA NOCHE $8773	HORA DIURNA FESTIVA $11373	HORA NOCHE FESTIVA $13648	TOTAL HORAS POR NIÑO	TOTAL
1	YENI PAOLA BARBOSA VELASQUEZ	SIMON BOLIVAR	21/02/2026-7:00AM	22/02/2026-3:00PM	12	5	9	6	32	$ 306.110
2	LAURA ANDREA RODRIGUEZ ORTEGA	SIMON BOLIVAR	11/02/2026-7:00AM	12/02/2026-7:00AM	13	11	0	0	24	$ 181.003
3	DIANA CAROLINA ORTIZ DIAZ	SIMON BOLIVAR	10/02/2026-6:00PM	12/02/2026-8:00AM	16	22	0	0	38	$ 297.006
4	SARA JHOHANA GONZALEZ ROCHA	SIMON BOLIVAR	18/02/2026-8:00PM	25/02/2026-11:30AM	70,5	65	13	11	159,5	$ 1.326.472
					111,5	103	22	17	253,5	$ 2.110.591
					$ 724.750	$ 903.619	$ 250.206	$ 232.016	$ 2.110.591	$ 2.110.591

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EB2121

ACOMPAÑAMIENTOS DOMICILIARIO ELEMIAH SAS

NIT 901288819-1
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: No responsable de IVA
Actividades económicas: 8699
Municipio: Bogotá, D.c. (Bogotá)
Dirección: DG 32 A SUR 4 47
Correo: acompanamientoselemiah@gmail.com
Teléfono: 3173799008

CUFE: 930bb690ee61b47bece2d86ff4260a81eca74dee77cb82058b3c0355618d1703ace3efbc3df019f9f72d3a56027ece54

Fecha de emisión 2026-02-28	**Fecha y hora de autorización** 2026-02-28 17:42:58	**Prefijo** EB	**Tipo de operación** Estandar
Fecha de vencimiento 2026-02-26	**Medio de pago** Instrumento no definido	**Forma de Pago** Contado	**Plazo** 2 Días
Orden de referencia -			

Adquiriente

Nombres y apellidos: CORPORACION AMOR POR COLOMBIA

Número de documento NIT - 830085547-2	**Tipo de persona** Persona Jurídica	**Régimen fiscal** No responsable de IVA	**Tipo de responsabilidad** R-99-PN (No aplica – Otros)
Departamento Bogotá	**Municipio** Bogotá, D.c.	**Dirección** CR 84 89 40	**Teléfono** 6780810
Correo direccion@axc.com.co			

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	SV05	HORA ORDINARIA DIURNA MES DE FEBRERO DE 2026	111,50	UNIDAD	$6.500,00	0%	0%		$724.750,00
2	SV06	HORA ORDINARIA NOCTURNA MES DE FEBRERO DE 2026	103,00	UNIDAD	$8.773,00	0%	0%		$903.619,00
3	SV07	HORA DOMINICAL DIURNA MES DE FEBRERO DE 2026	22,00	UNIDAD	$11.373,00	0%	0%		$250.206,00
4	SV08	HORA DOMINICAL NOCTURNA MES DE FEBRERO DE 2026	17,00	UNIDAD	$13.648,00	0%	0%		$232.016,00

Total Items: 4

Observaciones
FACTURA ACOMPAÑAMIENTOS HOSPITALARIOS DE NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS - CUNDINAMARCA DEL MES DE FEBRERO DE 2026

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$2.110.591,00**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$2.110.591,00**
Subtotal más impuestos	=	**$2.110.591,00**
ReteRenta	-	$84.423,64
ReteICA	-	$20.388,31
Total deducciones	=	**$104.811,95**
Total a pagar	=	**$2.005.779,05**

Número de autorización: 18764103712152
Rango Autorizado:desde EB 2001 hasta EB 4000
Expedida: 2025-12-26 **Vigencia:** 24 meses **Vencimiento:** 2027-12-26
Firma Digital:

tceY0mBgZhlAQ3LeuP4eXBWkkpCPzdDPOtyhK1sxQiTEc99mzjFhr+J0QVQPZDSplRhc1bIRvf8KmrGx3O08KtKw90wnagc16F1TaGYkYve6wMB8wWT3CAxMbv1mHAaToKFiBQZYDBkkY+wGokVK/HRhHOewxWG7VK7aietYKZPpRT19D2K2lElhkbPMuu+E2Kh9AIJMhVex6SkkHjAlmOfUJgTSMePODNN9JLfFKwSlpq3b/EXNoLdS2wQ63V64zszDuhALoE7VdwruWT9ZlQoLYLAl1/oZF/G9b/o1NMbxXJBheZSm+LuX3rl3oUtRBeUzIlL/ahFuND6qJcWX5w==

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Magnolia Celis	CORPORACION AMOR POR COLOMBIA AXC	Mi Empresa	200.119.113.162	Marzo 06 de 2026 02:39 pm

Número de Transacción: APII6065321526265892

Editor de Lotes

Fecha: Marzo 06 de 2026 04:32 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******6826
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	26239
Fecha de Aplicación:	Marzo 6 de 2026
Valor del Lote:	$2.005.779,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	ACOMPAÑAMIENTOS ELEMIA	NI 901288819	Bancolombia	Cuenta Ahorros	66700045804	$2.005.779,00	--	HOSPITALARIO	8300855472	--

Imprimir Cerrar