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	COMITE PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ PAN							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890980942					
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05021402025	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			16 (día) abril (mes) 2026 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	5 DE 8
VALOR A PAGAR	$ 172.874,00	EN LETRAS	ciento setenta y dos mil ochocientos setenta y cuatro pesos pesos m.l.

PERÍODO DE PAGO — DESDE 1 (día) marzo (mes) 2026 (año) HASTA 30 (día) marzo (mes) 2026 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS - VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD	12826	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A 02-02-02-009-003-03	$ 172.874,00

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:	NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA
BANCOLOMBIA	24500021325	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	$	172.874,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	172.874,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	172.874,00

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 POLITICA 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 Suroriente

CERTIFICACION DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS Y COSTOS PARA INSTITUCIONES DE PROTECIÓN PROYECTO 7
VIGENCIA FISCAL 2026

DATOS DEL CONTRATO				NIT:	890.980.942
PERIODO	DEL: 1/03/2026	AL: 30/03/2026		CONTRATO No.:	05021402025
MODALIDAD:	INTERNADO				
CUPOS CONTRATADOS INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES	50	DURACIÓN DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y PRORROGAS	diciembre 31 de 2025 hasta julio 31 de 2026	VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES	$ 933.668.464,00
VALOR CUPO MES:	$ 2.652.111	COSTO FIJO	63.2%		

El suscrito supervisor del Centro Zonal Suroriente certifica que COMITE PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ PAN, con nit No. 890980942 viene cumpliendo idonea y correctamente el objeto del contrato de aporte No.05021402025 del 28 de diciembre de 2025, en cuanto a brindar servicio de proteccion para el restablecimiento del derecho a los niños, niñas y adolecentes. VALOR CUPO $ 2.652.111,00

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
	$ 2.652.111	$ -			2.652.111		$ -
		$ -				$ -	0
SUBTOTAL		$ -				$ -	0

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	Cupos No Ejecutados	Valor Cupo No Ejecutado	Valor Total No Ejecutado	Por Cupos Utilizados	Por Cupos No Utilizados
	$ 1.676.134						0
		$ -			$ -	$ -	0

SUB TOTAL ATENCION RUBRO 112	==========>	$ 172.874
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:	==========>	$ 172.874

SON: **ciento setenta y dos mil ochocientos setenta y cuatro pesos pesos m.l.**

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato No.05021402025 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 NACION II: **12826** No. Cuenta AHORROS 24500021325 BANCOLOMBIA

DIANA CRISTINA MOLINA RESTREPO	JOHANA COSSIO ESCOBAR	ABEL EMILIO PIEDRAHITA PEÑA
FIRMA Supervisor	FIRMA (asesor tecnico)	FIRMA (Asesor Financiero)

Medellín, 10 de abril de 2026

DOCUMENTO DE COBRO

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- ICBF
NIT: 899.999.239-2
CALLE 45 No 79-141

DEBE A:
COMITÉ PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ-PAN
NIT: 890.980.942-6
Calle 49 No 16 AA 99 Buenos Aires

La suma de ciento setenta y dos mil ochocientos setenta y cuatro pesos pesos m.l. ($172.874) por concepto de BRINDAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA MODALIDAD INTERNADO, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF, según contrato 05021402025 con plazo de ejecución desde el 31 de diciembre de 2025 hasta el 31 de julio de 2026. El valor facturado corresponde a gastos hospitalarios del mes de marzo.

Favor transferir a la cuenta de Ahorros BANCOLOMBIA No 24500021325

Atentamente,

Diego Fernando Sánchez Trujillo
C.C. No. 71.769.874
Representante Legal

Revisó: Eliana Patricia Chica Rojas
Directora Financiera

Elaboró: Natalia Marcela Castro Hernández
Asistente contable

Zoho Sign Document ID: 2DB157E0-BZHZXKSM25_KXVTF6IAYEO8MB6JQF9MAPRDMAFI6604


AGS

Medellín, abril 6 del año 2026

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Información de la Revisoría Fiscal del COMITÉ PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ-PAN, relacionada con el pago de los aportes a la Seguridad Social y Parafiscales del mes de marzo del año 2026.

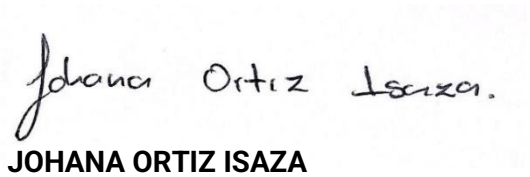
Respetados señores:

Como **Revisora Fiscal** del **COMITÉ PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ-PAN,** identificada con el **NIT** número **890.980.942-6**, y una vez revisados los Libros de Contabilidad y los **comprobantes de egreso del mes de abril del año 2026**, relacionados con la cancelación de los Aportes a la Seguridad Social y Parafiscales, me permito informarles que la sociedad se encuentra **sin saldos pendientes por pagar al mesde marzo del año 2026.**

El presente documento se suministra por solicitud de la administración de la compañía antesmencionada y para dar cumplimiento a lo establecido en la **Ley 789** del año 2002 y específicamente en el artículo **50** y el artículo primero de la **Ley 828** del año 2003, las cualeshacen relación a los Aportes del Sistema de Seguridad Social y Parafiscales.

De acuerdo con el **Decreto N° 923** del 31 de mayo de 2017, este certificado tiene vigencia hasta el día **13 de abril del año 2026**, fecha en la cual se vence nuevamente la obligación,que corresponde al 7° día hábil, según el NIT de la sociedad.

Atentamente,



JOHANA ORTIZ ISAZA
Revisora Fiscal Principal
T.P. No 289273-T
Firma AGS GESTIÓN CONTABLE S.A.S


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.037.619.228
ORTIZ ISAZA
APELLIDOS
JOHANA
NOMBRES
Johana Ortiz Isaza
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1992
ITAGUI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
12-MAY-2010 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
A-0112100-01291590-F-1037619228-20220426
0078882274A 3
8504097373

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

289273-T



JOHANA
ORTIZ ISAZA
C.C. 1037619228
RES. INSCRIPCION 2750 DEL 03/11/2021
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

312162 332072

Tarjeta profesional para tramite de la empresa AGS

Identificación Pública S.A. 210331/0721

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: (57)(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

Tarjeta profesional para tramite de la empresa AGS