Yo, **MARGARITA MARIA LLANO OSPINA**

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 | 860007314-1 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 05021492025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 29 (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 | 11 (día) junio (mes) 2026 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 7 | DE | 8 |
| VALOR A PAGAR | 218.593.355 | 122 | DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M.L | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) mayo (mes) 2026 (año) | HASTA | 30 (día) mayo (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 | 13726 | 27 | C-4602-1500-10-704040-4602014-02 | 123 | A-02-02-02-009-003-03 | $ 218.593.355 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | **218.593.355** |

**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 | 24152601209 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

"El ICBF desembolsará los recursos a aportar en el presente contrato de la siguiente forma: (i) un Giro de Alistamiento durante los primeros 10 días hábiles del mes de julio por un valor equivalente al total de cupos contratados para el mes de julio, más el valor equivalente al promedio de ejecución mensual de la Dependencia de Gasto 112 presentando los siguientes documentos: 1. Certificación Bancaria; 2. Aprobación de Garantía; 3. Acta de Inicio; 4. Los exigidos en la Resolución 5360 de 2023 que apliquen, teniendo en cuenta que aún no hay ejecución contractual. (ii) Tres (3) desembolsos mensuales vencidos, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA, previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: 1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes. La información contenida en todos los soportes presentados será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. 7. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el desembolso realizado de la Dependencia de Gasto 112, aportando los soportes de los recursos ejecutados. 8. Cuenta de cobro o factura (según aplique). 9. Suscripción y legalización del contrato de comodato con la respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato y relación de inventarios, cuando aplique. (iii) Para el aporte correspondiente al mes de octubre, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. PARAGRAFO PRIMERO: En virtud de la necesidad de ejecución presupuestal de recursos correspondientes a las dependencias de gastos que se manejen en la ejecución del contrato, estos se podrán realizar con uno o más desembolsos adicionales. PARÁGRAFO SEGUNDO: De conformidad con lo establecido en el literal D numeral segundo del artículo 2 de la Resolución 3944 de 2022 "excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios". (Solo aplica para los contratos que requieran cuenta maestra). PARÁGRAFO TERCERO: Para el último pago en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios y paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc. PARÁGRAFO CUARTO: Para el último pago en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato, donde conste la entrega de los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF durante la ejecución del contrato, adjuntando copia del (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes. PARÁGRAFO QUINTO: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Por los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. PARÁGRAFO SEXTO: Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del Plan Anual de Caja – PAC, previa certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor del contrato. PARÁGRAFO SÉPTIMO: En los casos en que por orden de la autoridad administrativa se otorguen permisos o autorizaciones que impliquen que la niña, niño o adolescente se ausenta de la modalidad hasta por 15 días y siempre que no esté siendo atendido por otro CONTRATISTA de la misma u otra modalidad en otra regional, se reconocerá el valor del costo fijo correspondiente. PARÁGRAFO OCTAVO: En los casos en que por orden médica el niño, niña o adolescente se deba ausentar de la modalidad, se reconocerá el valor del cupo mes por el primer mes de hospitalización, a

**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 | 218.593.355 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | 218.593.355 |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | 218.593.355 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| MARGARITA MARIA LLANO OSPINA | SUPERVISORA | ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL NORORIENTAL | |
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| NORMA CRISTINA DELGADO ORTIZ | ASESOR TECNICO | ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL NORORIENTAL | |

**FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL**

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| DAVID OSORIO ZABALA | ASESOR FINANCIERO | ANTIOQUIA | CENTRO ZONAL NORORIENTAL | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| 0 | 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

República de Colombia

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Cecilia de la Fuente de Lleras

Regional Antioquia

Centro Zonal Nororiental

**CERTIFICACION DE LIQUIDACIÓN DE CUPOS Y COSTOS PARA INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN PROYECTO 3**

**VIGENCIA FISCAL 2026**

| DATOS DEL CONTRATO | | | | | NIT: | 860007314-1 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO** | **DEL:** | **1/05/2026** | **AL:** | **30/05/2026** | **CONTRATO No.:** | 05021492025 |
| **MODALIDAD:** | BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO - GESTANTES Y/O EN PERIODO DE LACTANCIA / CASA DE ACOGIMIENTO GESTANTES Y/O EN PERIODO DE LACTANCIA | | | | | |
| **CUPOS CONTRATADOS INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES** | 80 | **DURACIÓN DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y PRORROGAS** | **031 de diciembre de 2025 al 31 de julio 2026** | **VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES** | **1.515.140.655** | |
| **VALOR CUPO MES:** | $ 2.677.698 | **COSTO FIJO %:** | 63,2 | | | |

La suscrita supervisora del Centro Zonal Nororiental certifica que la CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE, con nit No. 860007314-1 viene cumpliendo idonea y correctamente el objeto del contrato de aporte No.05021492025, BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO - GESTANTES Y/O EN PERIODO DE LACTANCIA / CASA DE ACOGIMIENTO GESTANTES Y/O EN PERIODO DE LACTANCIA 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 10 sesiones) | **Dias Convertidos a Cupos Utilizados** | **Valor Dia Cupo Utilizado** | **Sub-Total** | **SUB - TOTAL CUPOS UTILIZADOS** |
| 74,00 | $ 2.677.698 | $ 198.149.652 | 150,5 | 5,02 | 2.677.698,00 | $ 13.442.044 | $ 198.149.652 |
| | | $ - | | | | $ - | 0 |
| **SUBTOTAL** | | **$ 198.149.652** | | | | **$ 13.442.044** | **211.591.696** |

| LIQUIDACION DE CUPOS NO UTILIZADOS E INEJECUCION 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** |
| 0,98 | $ 1.692.305,14 | 1.658.459 | | | | $ 1.658.459 | 1.658.459 |
| | | 0 | | | 0 | | |
| | | **$ 1.658.459** | | | $ - | **$ 1.658.459** | **213.250.155** |
| **PAGO RUBRO C-4602-1500-10-704040-4602014-02 -123 CUMPLEAÑOS** | | | | | | | **$ 5.343.200** |
| **VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:** | | | ==========> | | | | **$ 218.593.355** |

**SON:** **DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M.L**

El contratista ha cumplido a cabalidad con los pagos de aportes parafiscales y seguridad social.

Identificador: **C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123** **C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112**

Compromiso Presupuestal SIIF NACION II: **13726** No. Cuenta AHORROS 24152601209 Banco Caja Social

***"La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato N° 05021492025 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".***

**MARGARITA MARIA LLANO OSPINA**

FIRMA Supervisor (E)

**GNORMA CRISTINA DELGADOS ORTIZ**

FIRMA (asesor técnico)



**DAVID OSORIO ZABALA**

FIRMA (asesor financiero)

**Calle 51 No. 51 - 59 Medellín - Tel 409 34 40**
**Fax 411 07 02**
**Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080**
**www.icbf.gov.co**

**CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE**
**ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO**
**NIT: 860007314-1**

CL 61 N 55A-37
MEDELLIN-ANTIOQUIA
TEL: 4804230
E-MAIL: contabilidaddivinaprovidencia@gmail.com

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SEÑORES: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| DIRECCION: Carrera 60 # 63 - 43 Medellín Antioquia | | 3 | 6 | 2026 |
| CIUDAD: Medellin Regional Antioquia | Tel 4093440 | **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-GESTANTES Y/O EN PERIODO DE LACTANCIA DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF. | | **$213.250.155** | | |
| CUPOS CONTRATADOS: 80 | | | | |
| CONTRATO: 05021492025 | | | | |
| Pago Correspondiente al mes de MAYO | | | | |
| Memorando Radicado 202620000000047033 Obsequio Cumpleaños meses enero-febrero-marzo-abril y mayo | | **$5.343.200** | | |
| FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE MAESTRA DEL BANCO CAJA SOCIAL 24152601209 | | | | |
| FIRMA<br>María Cecilia Vanegas J. ses. | **TOTAL** | **$218.593.355**<br>**DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS ML** | | |

Congregación de Siervas de Cristo Sacerdote
Casa de la Divina Providencia
Calle 61 # 55 a 37 Teléfono: 4804230
Medellín – Antioquia

Medellín, junio 2 de 2026

**CERTIFICACION CUMPLIMIENTO PAGO DE SALARIOS**

Yo, Paola Andrea Palacio Echavarria Identificado con CC.43.117.831, en mi calidad de Contadora Pública de la Congregación Siervas de Cristo Sacerdote-Casa de la Divina Providencia, Identificada con NIT. 860.007.314-1, manifiesto que la institución se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de salarios, honorarios y el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de las labores, con corte al 31 de mayo de 2026.

Atentamente

MARIA CECILIA VANEGAS JIMENEZ
Apoderada
C.C 43.017.013

PAOLA ANDREA PALACIO ECHAVARRIA
Contadora
T.P. 237809—T

Congregación de Siervas de Cristo Sacerdote
Casa de la Divina Providencia
Calle 61 # 55 a 37 Teléfono: 4804230
Medellín – Antioquia

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

Yo, María Cecilia Vanegas Jiménez identificada con cédula de ciudadanía N°43.017.013, en mi condición de apoderada de CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE 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 Medellín a los 2 días del mes de junio de 2026

MARIA CECILIA VANEGAS JIMENEZ
C.C 43.017.013
Apoderada

PAOLA ANDREA PALACIO ECHAVARRIA
T.P.237809—T
Contadora

Congregación de Siervas de Cristo Sacerdote
Casa de la Divina Providencia
Calle 61 # 55 a 37 Teléfono: 4804230
Medellín – Antioquia

Medellín, junio 2 de 2026

**CERTIFICACION CUMPLIMIENTO PAGO DE PROVEEDORES**

Yo Paola Andrea Palacio Echavarría Identificado con CC. 43.117.831, en mi calidad de contadora pública de la Congregación Siervas de Cristo Sacerdote-Casa de la Divina Providencia, 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 al 31 de mayo de 2026.

Atentamente

PAOLA ANDREA PALACIO ECHAVARRIA
Contadora
T.P.237809—T

MARIA CECILIA VANEGAS JIMENEZ
Apoderada
C.C 43.017.013


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 43.117.831
PALACIO ECHAVARRIA
APELLIDOS
PAOLA ANDREA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1980
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-NOV-1998 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0104900-00671773-F-0043117831-20150223
0043193479A 3
2173241178

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

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

Identificación Plástica S.A. 170014/0117

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 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:

2519B284D9C64FCB

**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** * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Dado en BOGOTA a los 30 días del mes de Abril de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

Outlook

**CORREO DE AUTORIZACION**

**Desde** Margarita Maria Llano Ospina <Margarita.Llano@icbf.gov.co>
**Fecha** Mié 10/06/2026 17:10
**Para** Ana Milena Cuartas Tobon <Ana.Cuartas@icbf.gov.co>; Leonel David Benitez Bertel <Leonel.Benitez@icbf.gov.co>
**CC** David Miguel Osorio Zabala <David.Osorio@icbf.gov.co>

Cordial saludo estimada Ana Milena,

En calidad de SUPERVISORA, de los contratos que a continuación se relacionan, certifico para efectos del presente desembolso, cumplieron con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, han 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 o 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, además cumple a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el desembolso de los servicios prestados.

"…los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba para el trámite de pago, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999"; y estos documentos de los contratos relacionados en este correo han sido radicados mediante ORFEO

| | |
|---|---|
| 05021352025 | **FUNDACION DE ATENCION A LA NIÑEZ-FAN** |
| 05021492025 | **CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE DIVNA PROVIDENCIA** |
| 05021392025 | **COMITÉ PRIVADO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ - PAN** |
| 05021622025 | **CORPORACION HOGAR VIDA NUEVA** |
| 05021512025 | **CORPORACIÓN HOGAR** |
| 05021482025 | **CASA DE NUESTRA SEÑORA DE CHIQUINQUIRA** |
| 05021452025 | **FUNDACION ALAVES** |

En abierta comunicación,

BIENESTAR FAMILIAR

**Margarita Maria Llano Ospina**
Profesional Especializada
Supervisora Contratos Protección
Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas.
ICBF Centro Zonal Nororiental - Regional Antioquia
Calle 51 N 51 – 59 Barrio La Candelaria Medellín
Teléfono: 604 4093440 Ext 401020
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