Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmihernab	MICHEL HERNANDEZ BELTRAN
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-025	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CUNDINAMARCA
Fecha y Hora Sistema:	2026-03-20-9:09 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	227026	**Fecha Registro:**	2026-03-20	**Unidad / Subunidad ejecutora:**		46-02-00-025 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CUNDINAMARCA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**	No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**	13626
Valor Inicial:	2.110.591,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	2.110.591,00	**Saldo x Ordenar:**	2.110.591,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**	0,00			**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**	0,00
Valor Deducciones:	0,00	**Valor Neto:**	2.110.591,00			**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	13626
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00			**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	117386

TERCERO

Identificacion:	830085547	**Razon Social:**	CORPORACION AMOR POR COLOMBIA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Numero:	24151106826	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**			
Numero:		**Tipo:**	Pago Sin Descuentos	**Identificacion:**		**Fecha de Registro:**	

DOCUMENTO SOPORTE

Numero:	25009262025	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2025-12-31

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
112 ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA GESTION EN EL RESTABLECIMIENTO Y/O ADMINISTRACION DE JUSTICIA	C-4602-1500-10-704040-4602014-02 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	Propios	27	CSF	05-NINGUNO					
						Total:	2.110.591,00	0,00	2.110.591,00	2.110.591,00

Objeto:	13626-5/SERVICIO DE PROTECCIÃ“N PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHO/DEL 01 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO/ CONTRATO 25009262025/G_PROTECCION/

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
46-02-00-025 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CUNDINAMARCA	9-1 INVERSION PROPIOS CSF	2026-03-20	Generada	2.110.591,00

Michel H.

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

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

Yo, **Diana Cristina Martinez Torres**
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	**CORPORACION AMOR POR COLOMBIA**					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NIT	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**830.085.547**			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**25009262025**	FECHA SUSCRIPCIÓN	30 (día) Diciembre (mes) 2025 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) Diciembre (mes) 2025 (año)		31 (día) Julio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			12 (día) Marzo (mes) 2026			

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	VIGENCIA ACTUAL	PAGO No:	5	DE	8
VALOR A PAGAR	$ 2.110.591,00	EN LETRAS	DOS MILLONES CIENTO DIEZ MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) Febrero (mes) 2026 (año)		28 (día) Febrero (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	13626	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A-02-02-02-009-003-03	$ 2.110.591,00
		27				

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	24151106826	TIPO DE CUENTA	Ahorro

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	$	2.110.591,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	-
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	2.110.591,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	2.110.591,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
Diana Cristina Martinez Torres	Profesional Especializado	REGIONNAL CUNDINAMARCA	Grupo Interno de trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas - GITPEAA	
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**
Jarlan Cristopher Garces Gongora	APOYO FINANCIERO	REGIONAL CUNDINAMARCA	Grupo Interno de trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas - GITPEAA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
Nicolas Martin Herrera	ENLACE FINANCIERO		12/03/2026

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS			
RECEPCIÓN DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
SANDRA LUCIA BECERRA RAMIREZ	12/03/2026		
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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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

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

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 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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Volver

Imprimir < >

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado		
Pago 001	Cuenta de cobro 77 HLC	2/01/2026 3:22 AM *(UTC -5 horas)*	14/01/2026 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	147.417.960 COP	147.417.960 COP	147.417.960 COP	Pagado	Detalle	
Pago 002	Cuenta de cobro 78HLC	2/01/2026 3:24 AM *(UTC -5 horas)*	14/01/2026 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	2.142.857 COP	2.142.857 COP	2.142.857 COP	Pagado	Detalle	
Pago 003	Cuenta de cobro 80HLC	4/02/2026 6:43 AM *(UTC -5 horas)*	4/02/2026 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	4.465.189 COP	4.465.189 COP	4.465.189 COP	Pagado	Detalle	
Pago 004	Cuenta de cobro 81HLC	4/02/2026 9:02 AM *(UTC -5 horas)*	10/02/2026 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	159.552.752 COP	159.552.752 COP	159.552.752 COP	Pagado	Detalle	
Pago 005	Cuenta de cobro 83HLC	10/02/2026 9:09 PM *(UTC -5 horas)*	10/02/2026 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	1.250.503 COP	1.250.503 COP	1.250.503 COP	Pagado	Detalle	
Pago 006	Cuentas de cobro 84 y 85HLC	11/03/2026 4:36 PM *(UTC -5 horas)*	11/03/2026 12:00 PM *(UTC -5 horas)*	162.064.245 COP	162.064.245 COP	162.064.245 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	1.163.515.865,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	476.893.506,00 COP	40,99%	-
Valor facturado pendiente de pago:	162.064.245,00 COP	13,93%	-
Valor pagado:	314.829.261,00 COP	27,06%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	848.686.604,00 COP	72,94%	-
Valor pendiente de entrega:	1.163.515.865,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Diana Cristina Martinez Torres

De: Diana Cristina Martinez Torres
Enviado el: lunes, 16 de marzo de 2026 11:04 a. m.
Para: Martha Elena Garcia Capera; Michelle Ospina Cervantes
CC: Jarlan Cristopher Garces Gongora; Ana Liliana Camacho Mantilla; Contabilidad Amor x Colombia
Asunto: RADICACIÓN CUENTA DE COBRO GASTOS DEPENDENCIA 112 FEBRERO CONTRATO DE APORTES 25009262025
Datos adjuntos: CC85_GH_FEB_AXC_926_16032026.pdf

Apreciada,
MARTHA ELENA GARCÍA CAPERA
Coordinadora Grupo Financiero

Cordial saludo,

De manera atenta me permito remitir cuenta de cobro N°85 del Contrato de Aporte 25009262025, suscrito entre el ICBF Regional Cundinamarca y CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA autorizando el pago por concepto de gastos dependencia 112 correspondiente al mes de **febrero** de 2026 Por valor de **$2.110.591=**

Ambas cuentas serán cargadas en el repositorio del grupo financiero.

Atentamente,

Diana Cristina Martínez Torres
Profesional Especializado
Grupo Interno de Protección Especial y Autoridades Administrativas
ICBF Sede Regional Cundinamarca
Carrera 47 N° 91 74 Barrio La Castellana Bogotá D.C.
Teléfono: 601 4377630 Ext. 141013
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

Reservar un momento para reunirse conmigo