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:	2026-07-03-8:47 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	949026	**Fecha Registro:**	2026-07-03	**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:	2.972.154,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00				**Valor Actual:**	2.972.154,00	**Saldo x Ordenar:**	2.972.154,00	
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:**	2.972.154,00				**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**	13626	
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**	0,00				**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**	376188	
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:	2.972.154,00	0,00	2.972.154,00	2.972.154,00

Objeto:	13626-8/SERVICIO DE PROTECCIÃ“N PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHO/DEL 01 DE MAYO AL 31 MAYO/ 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	2026-07-03	Generada	2.972.154,00

Michel H.

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

FECHA: JUNIO 9 DE 2026
Bogotá D.C

CUENTA DE COBRO No. 92 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: Rubro 112 del periodo del 1 al 31 de mayo 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	Rubro 112 del periodo del 1 al 31 de Mayo de 2026 Contrato de Aportes No. 25009262025	$ 5.115.011	$ 5.115.011
1	Menos Valor cruce alistamiento	$ 2.142.857	$ 2.142.857
		VALOR A PAGAR	**$ 2.972.154**

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE

La presente se expide en Bogotá, el día 9 de junio 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			24 (día) Junio (mes) 2026			

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	VIGENCIA ACTUAL	PAGO No:	8	DE	9
VALOR A PAGAR	$ 2.972.154,00	EN LETRAS	DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) Mayo (mes) 2026 (año)		31 (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
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	$ 2.972.154,00
		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

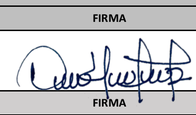
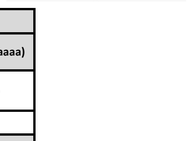
4. ANTICIPOS

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	$	2.972.154,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	-
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	2.972.154,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	2.972.154,00

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		24/06/2026

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS			
RECEPCIÓN DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
Esperanza Vanegas Munoz	24/06/2026		
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 Junio 1 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 mayo 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**	Mayo 2026
Sucursal o Dependencia:	HOGAR LAJAS CUNDINAMARCA	**Periodo liquidación Salud:**	Junio 2026
Número de radicación:	91670563	**Total a pagar:**	$3,293,200
Fecha de vencimiento:	11/06/2026	**Total de empleados:**	5
Fecha de pago:	11/06/2026	**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:**	382472501
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	$50,300
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	$383,100
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	$271,700
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	1		$0.00	$218,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	5		$0.00	$287,400
PASENA	899999034	SENA	5		$0.00	$191,700
						$3,293,200

*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.

Acerca de los certificados SSL

Powered by

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 Junio 1 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 mayo 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

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PAGO DE PERSONAL DE NOMINA Y PRESTACION DE SERVICIOS.

Bogotá, D.C Junio 1 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 830.085.547-2 se encuentra a Paz y salvo por todo concepto de pagos por salarios con sus trabajadores y honorarios del personal contratado por prestación de servicios para el mes de mayo 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:
940F8A47F1E69099

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 4 días del mes de Mayo 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 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** 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 15 días del mes mayo del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA _____

Nombre: Diana Cristina Martínez Torres

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

CLASIFICADA

En atención a la solicitud elevada por **CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS COORDINADOR OPERADOR**,, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **SARA YOHANA 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 YOANA GONZALEZ ROCHA** identificado (a) 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 13 días del mes mayo del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA 

Nombre: Diana Cristina Martínez Torres

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

CLASIFICADA

En atención a la solicitud elevada por **CRISTIAN CAMILO ARIAS ARIAS COORDINADOR OPERADOR**,, para que se autorice el acompañamiento permanente durante la hospitalización de **JULIETH PAOLA SUAREZ HORTUA, identificado (a) con TARJETA DE IDENTIDAD N° 1069740031 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 **JULIETH PAOLA SUAREZ HORTUA,** 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 03 días del mes mayo del año 2026.

Cordialmente,

FIRMA 

Nombre: Diana Cristina Martínez Torres

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

CLASIFICADA

HOSPITALIZACIONES DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2026

DATOS GENERALES DEL NNA			DATOS DE HOSPITALIZACIÓN							
N°	NOMBRE NNA	HOSPITAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	HORA DIA $6.976	HORA NOCHE $9.415	HORA DIURNA FESTIVA $12.206	HORA NOCHE FESTIVA $14.647	TOTAL HORAS POR NIÑO	TOTAL
1	JULIETH PAOLA SUAREZ HORTUA	SUBA	04/05/2026-12:00PM	05/05/2026-4:00PM	17	11	0	0	28	$ 222.157
2	LAURA ANDREA RODRIGUEZ ORTEGA	SIMON BOLIVAR	16/05/2026-7:00AM	17/05/2026-8:00AM	12	5	2	6	25	$ 243.081
3	SARA YOHANA GONZALEZ ROCHA	KENNEDY	13/05/2026-6:00PM	30/05/2026-2:00PM	178	154	39	33	404	$ 3.651.023
					207	**170**	**41**	**39**	**457**	$ 4.116.261
					$ 1.444.032	**$ 1.600.550**	**$ 500.446**	**$ 571.233**	**$ 4.116.261**	**$ 4.116.261**

CORPORACIÓN AMOR POR COLOMBIA AXC
HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS
MODALIDAD CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL
NIT 830.085.547-2

MEDICAMENTOS DEL 01 AL 30 DE ABRIL DE 2026 CONTRATO 25009262025

APELLIDO	APELLIDO	NOMBRES	CUMENTO DE IDENTID	MEDICAMENTO	CANTIDAD	VALOR TOTAL	Proveedor	Documento
ORTIZ	DIAZ	DIANA CAROLINA	1109384159	Acido valproico jarabe frasco 120ml	4	$ 50.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
ORTIZ	DIAZ	DIANA CAROLINA	1109384159	Risperidona frasco 30ml	3	$ 49.500	Comercializadora Mediplus Ltda	
ORTIZ	DIAZ	DIANA CAROLINA	1109384159	Levomepromazina frasco gotero 20m	2	$ 61.500	Comercializadora Mediplus Ltda	
TRIVIÑOS	TRUJILLO	MARLON DUBAN	1118530035	Risperidona tableta 2mg	60	$ 60.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
FLOREZ	ARIAS	JUAN CARLOS	1084867811	Risperidona tableta 1mg	90	$ 80.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
FLOREZ	ARIAS	JUAN CARLOS	1084867811	Fluoxetina suspension 20mg	5	$ 87.500	Comercializadora Mediplus Ltda	
FLOREZ	ARIAS	JUAN CARLOS	1084867811	Acido valproico 250mg capsula	30	$ 16.800	Comercializadora Mediplus Ltda	
SUAREZ	HORTUA	YULIE PAOLA	1069740031	Fluoxetina suspension 20mg	1	$ 17.500	Comercializadora Mediplus Ltda	
SUAREZ	HORTUA	YULIE PAOLA	1069740031	Aripiprazol 15mg tableta	60	$ 132.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
SUAREZ	HORTUA	YULIE PAOLA	1069740031	Quetiapina 100mg tableta	60	$ 75.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
SUAREZ	HORTUA	YULIE PAOLA	1069740031	Levomepromazina 25 mg tableta	90	$ 85.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
GUTIERREZ	BELTRAN	LUIS FELIPE	1077941001	Aripiprazol 30mg tableta	30	$ 124.950	Comercializadora Mediplus Ltda	
GONZALEZ	GONZALEZ	YOSTIN SANTIAGO	1020769644	Divalproato sodico 250mg	60	$ 90.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
GONZALEZ	GONZALEZ	YOSTIN SANTIAGO	1020769644	Risperidona tableta 2mg	60	$ 69.000	Comercializadora Mediplus Ltda	
						$ 998.750		

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EB2324

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: c02a0f265f9dbaff39875640262bdb937550198bbf297382ea5df9dc6b42b8e59b3a0c0a4b938c22d1282499ba17c5c2

Fecha de emisión 2026-05-31	**Fecha y hora de autorización** 2026-05-31 19:40:25	**Prefijo** EB	**Tipo de operación** Estandar
Fecha de vencimiento 2026-05-30	**Medio de pago** Instrumento no definido	**Forma de Pago** Contado	**Plazo** 1 Día
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 MAYO DE 2026	207,00	UNIDAD	$6.976,00	0%	0%		$1.444.032,00
2	SV06	HORA ORDINARIA NOCTURNA MES DE MAYO DE 2026	170,00	UNIDAD	$9.415,00	0%	0%		$1.600.550,00
3	SV07	HORA DOMINICAL DIURNA MES DE MAYO DE 2026	41,00	UNIDAD	$12.206,00	0%	0%		$500.446,00
4	SV08	HORA DOMINICAL NOCTURNA MES DE MAYO DE 2026	39,00	UNIDAD	$14.647,00	0%	0%		$571.233,00

Total Items: 4

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

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$4.116.261,00**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$4.116.261,00**
Subtotal más impuestos	=	**$4.116.261,00**
ReteRenta	-	$164.650,44
ReteICA	-	$39.763,08
Total deducciones	=	**$204.413,52**
Total a pagar	=	**$3.911.847,48**

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:

VMkxcPlmhCG3EcACbETwsaLmppEGMkZ3l93SaUNcCvsgCZKjeBci+sqcMwClY/RwZmn5QORAERi2qbInclP6Y/rNtYgq1tlad0hGCkyLtmWFW4A1tvkClnRD2dFje5+3dDu9jhXpOlDhZKULqQZqhzwL8NzA5hc+wQw3T0vx08xCP5CjrOd383dHPiUZWtHJD/5Klrhk0xl/uQxwv6CK9ITjdrw30LT4iPHKXkYABLlE5Jk4yClut/vtLgL1DFoXWELIT7EW6SXXjeWM3BSLBMGTf/W//vxo5roDEDQKBWNoCpgnoDfF/GF7QFqB2LdOsmuWEl+8lP+F/alTdZorTA==

Factura Electrónica de Venta M 8524

COMERCIALIZADORA MEDIPLUSS LTDA

900236431 - 1

No Somos Grandes Contribuyentes

Responsable de IVA

No Autorretenedor Impuesto de Renta - Retenedor en la Fuente por Renta

Autorización Numeración de Facturación: 18764094645486 de 19/06/2025

Vigente hasta 19/06/2027 - Prefijo: M de la factura 8001 a la 10000

29839

CUFE d4ffbbf750859833ccb51d37b2ca7c38b612bd7482cd7f910956bbc78ba5a5a7d4c1533f5db37bef8e2f55b30186f714

CORPORACION AMOR POR COLOMBIA

NIT 830085547 - 2

Dirección: CARRERA 101 No 72A 10

Ciudad: Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

Teléfono: (57601) 8044284 - Correo: contabilidad@axc.com.co

Vendedor: ANTONIO JOSE LINARES JARAMILLO

Fecha Factura: 13/05/2026 06:55:50

Fecha Expedición: 13/05/2026 06:55:56

Forma de Pago: Crédito - 30 Días

Fecha Vcto.: 12/06/2026

Medio de Pago: Acuerdo mutuo

Nro.	Ítem (Código)	Descripción Ítem (Código)	UM	Cant.	Vlr. Unitario	IVA %	IVA (Unitario)	ICO	Vlr. Total
1	1735	ARIPIPRAZOL 30 MG	UNID	30.00	4,165.00	0.00	0.00		124,950.00

Observaciones:

Subtotal	124,950.00
Descuentos	0.00
IVA	0.00
ICO	0.00
Total COP	**124,950.00**

Total Nro. Líneas: 1

Vlr. Total: CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA (PESOS COLOMBIANOS)

ESTA FACTURA DE VENTA ES UN TITULO VALOR SEGUN LEY 1231 DE JULIO DE 2008. EL INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO CAUSARA INTERESES POR MAORA A LA TASA MAXIMA LEGAL AUTORIZADA

ESTABLECIMIENTO COMERCIALIZADORA MEDIPLUSS LTDA

CR 7 No 29 34 ofc 204 Tel (57601) 3166290083

Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

-ORIGINAL-

Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1 www.loggro.com

Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1

El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

Factura Electrónica de Venta M 8518
COMERCIALIZADORA MEDIPLUSS LTDA
900236431 - 1
No Somos Grandes Contribuyentes
Responsable de IVA
No Autorretenedor Impuesto de Renta - Retenedor en la Fuente por Renta
Autorización Numeración de Facturación: 18764094645486 de 19/06/2025
Vigente hasta 19/06/2027 - Prefijo: M de la factura 8001 a la 10000

27740

CUFE 1d5de05614dfe83f2d26992c3c51c82f327596feabac23e213eaa4a4d65bca4f4179d59c46006b547c96fb852b894ea4

CORPORACION AMOR POR COLOMBIA
NIT 830085547 - 2
Dirección: CARRERA 101 No 72A 10
Ciudad: Bogotá, Bogotá D.C, Colombia
Teléfono: (57601) 8044284 - Correo: contabilidad@axc.com.co
Vendedor: ANTONIO JOSE LINARES JARAMILLO

Fecha Factura: 08/05/2026 01:46:53
Fecha Expedición: 08/05/2026 13:46:57
Forma de Pago: Crédito - 30 Días
Fecha Vcto.: 07/06/2026
Medio de Pago: Acuerdo mutuo

Nro.	Ítem (Código)	Descripción Ítem (Código)	UM	Cant.	Vlr. Unitario	IVA %	IVA (Unitario)	ICO	Vlr. Total
1	0003	ACIDO VALPROICO TAB X 250 MG	UNID	30.00	560.00	0.00	0.00		16,800.00
2	0684	RISPERIDONA GOTAS	UNID	3.00	16,500.00	0.00	0.00		49,500.00
3	0043	LEVOMEPROMAZINA GOTAS	UNID	3.00	20,500.00	0.00	0.00		61,500.00
4	0012	RISPERIDONA TAB X 2MG	UNID	60.00	1,000.00	0.00	0.00		60,000.00
5	0011	RISPERIDONA TAB X 1 MG	UNID	100.00	800.00	0.00	0.00		80,000.00
6	0034	FLUOXETINA SUSPENSION	UNID	6.00	17,500.00	0.00	0.00		105,000.00
7	0026	ACIDO VALPROICO SUSPENSION X 120 ML	UNID	4.00	12,500.00	0.00	0.00		50,000.00
8	0228	ARIPIPRAZOL TAB	UNID	60.00	2,200.00	0.00	0.00		132,000.00
9	0124	QUETIAPINA TAB X 100 MG	UNID	60.00	1,250.00	0.00	0.00		75,000.00
10	0006	LEVOMEPROMAZINA TAB X 100 MG	UNID	100.00	850.00	0.00	0.00		85,000.00

Observaciones:

Subtotal	714,800.00
Descuentos	0.00
IVA	0.00
ICO	0.00
Total COP	**714,800.00**

Total Nro. Líneas: 10

Vlr. Total: SETECIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS (PESOS COLOMBIANOS)

ESTA FACTURA DE VENTA ES UN TITULO VALOR SEGUN LEY 1231 DE JULIO DE 2008. EL INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO CAUSARA INTERESES POR MAORA A LA TASA MAXIMA LEGAL AUTORIZADA

ESTABLECIMIENTO COMERCIALIZADORA MEDIPLUSS LTDA
CR 7 No 29 34 ofc 204 Tel (57601) 3166290083
Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

-ORIGINAL-

Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1 www.loggro.com
Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1
El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

Factura Electrónica de Venta M 8542

COMERCIALIZADORA MEDIPLUSS LTDA

900236431 - 1

No Somos Grandes Contribuyentes

Responsable de IVA

No Autorretenedor Impuesto de Renta - Retenedor en la Fuente por Renta

Autorización Numeración de Facturación: 18764094645486 de 19/06/2025

Vigente hasta 19/06/2027 - Prefijo: M de la factura 8001 a la 10000

28014

CUFE e258bc59a18d8ceb3476c2e6bb0c9167655669742a8098ba8d346e6a4da5db52560e7918a5e3956c6883b3559fbe6eff

CORPORACION AMOR POR COLOMBIA

NIT 830085547 - 2

Dirección: CARRERA 101 No 72A 10

Ciudad: Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

Teléfono: (57601) 8044284 - Correo: contabilidad@axc.com.co

Vendedor: ANTONIO JOSE LINARES JARAMILLO

Fecha Factura: 25/05/2026 01:54:26

Fecha Expedición: 25/05/2026 13:54:29

Forma de Pago: Crédito - 30 Días

Fecha Vcto.: 24/06/2026

Medio de Pago: Acuerdo mutuo

Nro.	Ítem (Código)	Descripción Ítem (Código)	UM	Cant.	Vlr. Unitario	IVA %	IVA (Unitario)	ICO	Vlr. Total
1	0738	DIVALPROATO DE SODIO X 250 MG	UNID	60.00	1,500.00	0.00	0.00		90,000.00
2	0012	RISPERIDONA TAB X 2MG	UNID	60.00	1,150.00	0.00	0.00		69,000.00

Observaciones:

SEDE LAJAS

Subtotal	159,000.00
Descuentos	0.00
IVA	0.00
ICO	0.00
Total COP	**159,000.00**

Total Nro. Líneas: 2

Vlr. Total: CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL (PESOS COLOMBIANOS)

ESTA FACTURA DE VENTA ES UN TITULO VALOR SEGUN LEY 1231 DE JULIO DE 2008. EL INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO CAUSARA INTERESES POR MAORA A LA TASA MAXIMA LEGAL AUTORIZADA

ESTABLECIMIENTO COMERCIALIZADORA MEDIPLUSS LTDA

CR 7 No 29 34 ofc 204 Tel (57601) 3166290083

Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

-ORIGINAL-

Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1 www.loggro.com

Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1

El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

Diana Cristina Martinez Torres

De: Diana Cristina Martinez Torres
Enviado el: martes, 30 de junio de 2026 8:04 a. m.
Para: Martha Elena Garcia Capera; Michel Hernandez Beltran
CC: Jarlan Cristopher Garces Gongora; Ana Liliana Camacho Mantilla; contabilidad; Jairo Alberto Sabogal Santana
Asunto: RV: RADICACIÓN CUENTA DE COBRO GASTOS DEPENDENCIA 112 MAYO CONTRATO DE APORTES 25009262025
Datos adjuntos: RPC.13626_CONTRATO_926.pdf; CC92_D112_MAY_AXC_926__30062026.pdf

Apreciada,
MARTHA ELENA GARCÍA CAPERA
Coordinadora Grupo Financiero

Cordial saludo,

Asunto: Radicación cuenta de cobro ajustada – Gastos Dependencia 112 mayo 2026 – Contrato de Aporte 25009262025

Cordial saludo,

De manera atenta, me permito remitir nuevamente la **Cuenta de Cobro No. 92** correspondiente al **Contrato de Aporte No. 25009262025**, suscrito entre el ICBF Regional Cundinamarca y la **Corporación Amor por Colombia**, autorizando el pago por concepto de **Gastos Dependencia 112 correspondientes al mes de mayo de 2026**, por valor de **$2.972.154=**

Lo anterior, en atención a la comunicación remitida por el Grupo Financiero el día **23 de junio de 2026**, mediante la cual se informó que la dependencia 112 no contaba con disponibilidad presupuestal suficiente para cubrir el valor inicialmente radicado por **$5.115.011**, toda vez que el valor disponible en el RPC correspondía a **$4.256.666**.

En virtud de lo anterior, se realizó la revisión correspondiente y se efectuó el **cruce con el valor de alistamiento girado por $2.142.857**, ajustando así el valor a reconocer por concepto de gastos de dependencia, con el fin de dar continuidad al trámite de pago.

Adicionalmente, considerando que en la plataforma **SECOP** fue aprobada la cuenta de atención y dependencia 112 por un valor total de **$168.100.492**, se precisa que, una vez aplicado el cruce por concepto de alistamiento, el valor total reconocido corresponde a **$165.957.635=**

Se informa igualmente que la documentación soporte y el presente correo de autorización serán cargados en el repositorio correspondiente para efectos de trazabilidad y control.

Agradezco la gestión para continuar con el trámite de pago respectivo.

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

De: Michel Hernandez Beltran <Michel.Hernandez@icbf.gov.co>
Enviado: martes, 23 de junio de 2026 14:28
Para: Diana Cristina Martinez Torres <Diana.MartinezT@icbf.gov.co>; Jarlan Cristopher Garces Gongora <Jarlan.Garces@icbf.gov.co>
Cc: Ana Liliana Camacho Mantilla <Ana.Camacho@icbf.gov.co>; Martha Elena Garcia Capera <Martha.Garcia@icbf.gov.co>
Asunto: RE: RADICACIÓN CUENTA DE COBRO GASTOS DEPENDENCIA 112 MAYO CONTRATO DE APORTES 25009262025

Cordial saludo,

En atención al correo RADICACIÓN CUENTA DE COBRO GASTOS DEPENDENCIA 112 MAYO CONTRATO DE APORTES 25009262025, se informa que, de acuerdo con el RPC adjunto, la dependencia 112 no cuenta con la disponibilidad presupuestal suficiente para cubrir el valor total del pago solicitado.

El valor disponible en el RPC corresponde a **$4.256.666**, mientras que la cuenta de cobro fue radicada por un valor de **$5.115.011**.

Por lo anterior, no es posible dar trámite al pago.

Agradecemos realizar el ajuste correspondiente para continuar con el proceso.

Cordialmente,

Michel Hernández Beltrán
Grupo Financiero
ICBF Sede Regional Cundinamarca
Bogota Cra. 47 No. 91-74 La Castellana
Teléfono: 6014377630 Ext. 141067
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: Diana Cristina Martinez Torres <Diana.MartinezT@icbf.gov.co>
Enviado: martes, 23 de junio de 2026 10:21
Para: Martha Elena Garcia Capera <Martha.Garcia@icbf.gov.co>; Michel Hernandez Beltran <Michel.Hernandez@icbf.gov.co>
Cc: Jarlan Cristopher Garces Gongora <Jarlan.Garces@icbf.gov.co>; Ana Liliana Camacho Mantilla <Ana.Camacho@icbf.gov.co>; contabilidad <contabilidad@axc.com.co>
Asunto: RADICACIÓN CUENTA DE COBRO GASTOS DEPENDENCIA 112 MAYO CONTRATO DE APORTES 25009262025

Apreciada,
MARTHA ELENA GARCÍA CAPERA
Coordinadora Grupo Financiero

Cordial saludo,

De manera atenta me permito remitir cuenta de cobro **N°92** 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 **MAYO** de 2026 Por valor de **$5.115.011**

Esta será cargada en repositorio con el presente correo de autorización de pago.

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

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