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	30 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	13 (día) octubre (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	11	DE	11
VALOR A PAGAR	916.107	122	NOVECIENTOS DIECISÉIS MIL CIENTO SIETE PESOS M.L		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (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	112	A-02-02-02-009-003-03	$ 916.107
						916.107

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 SEPTIMO: 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	916.107
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	916.107
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	916.107

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:	1/09/2026	AL:	30/09/2026	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 30 de septiembre 2026		VALOR CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES Y/O MODIFICACIONES	1.944.523.097	
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
0,00	$ 2.677.698	$ -	0,0	0,00	2.677.698,00	$ -	$ -
		$ -				$ -	0
SUBTOTAL		$ -				$ -	0

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
0,00	$ 1.692.305	0				$ -	0
		0			0		
		$ -			$ -	$ -	0
PAGO Memorando Radicado 202620000000047033 Obsequio Cumpleaños							$ -
PAGO RUBRO C-4602-1500-10-704040-4602014-02 -112							$ 916.107
VALOR ENTREGADO POR ALISTAMIENTO							$ -
VALOR TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO:			==========>				$ 916.107

SON: NOVECIENTOS DIECISÉIS MIL CIENTO SIETE 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)

FIRMA (asesor financiero)

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

SENORES: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		**DIA**	**MES**	**ANO**
DIRECCION: Carrera 60 # 63 - 43 Medellín Antioquia		2	10	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.		**$0**		
CUPOS CONTRATADOS: 80				
CONTRATO: 05021492025				
Pago Correspondiente al mes de SEPTIEMBRE				
Pago Correspondiente al mes de SEPTIEMBRE -Rubro 112		**$916.107**		
FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE MAESTRA DEL BANCO CAJA SOCIAL 24152601209				
FIRMA María Cecilia Vanegas J. ses.	**TOTAL**	**$916.107** **NOVECIENTOS DIECISÉIS MIL CIENTO SIETE PESOS ML**		

SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE NIT 860.007.314-1
Casa de la Divina Providencia – Medellín, Antioquia

Medellín, octubre 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 30 de septiembre de 2026.

Atentamente

MARIA CECILIA VANEGAS JIMENEZ
Apoderada
C.C 43.017.013

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

SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE NIT 860.007.314-1
Casa de la Divina Providencia – Medellín, Antioquia

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

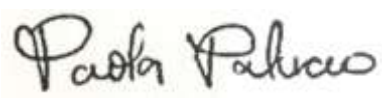
Yo, María Cecilia Vanegas Jiménez identificada con cédula de ciudadanía N°43.017.013, en mi condición de apoderada de CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE identificada con Nit 860.007.314-1, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado 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 octubre de 2026



MARIA CECILIA VANEGAS JIMENEZ
C.C 43.017.013
Apoderad



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

SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE NIT 860.007.314-1
Casa de la Divina Providencia – Medellín, Antioquia

Medellín, octubre 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 30 de septiembre 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:

09E6016C9E9F7979

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 *

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Agosto 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 autorización

Desde Margarita Maria Llano Ospina <Margarita.Llano@icbf.gov.co>
Fecha Vie 09/10/2026 15:44
Para Evelin de Jesus Toro Ayus <Evelin.Toro@icbf.gov.co>
CC David Miguel Osorio Zabala <David.Osorio@icbf.gov.co>

Cordial saludo estimada Evelin,

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