Yo, **SORANI ROCIO QUINTERO JARAMILLO**

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 | LA CORPORACION ALBERTO ARANGO RESTREPO - CEDER | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 890.802.356-8 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 17005572025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 30 (día) diciembre (mes) 2025 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 30 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | HASTA | 31 (día) julio (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | RESPONSABLE DEL IMPUESTO |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 16 (día) abril (mes) 2026 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 4 | DE | 8 |
| VALOR A PAGAR | $ 79.911.862,00 | EN LETRAS | SETENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE. | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) marzo (mes) 2026 (año) | HASTA | 31 (día) marzo (mes) 2026 (año) | | |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | 4926 | 27 | C-4602-1500-9-704080-4602021-02 | 148 CENTRO DE APOYO A LA INCLUSION | 02-02-02-009-002-09 | $ 79.911.862,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA**

**2.2 INFORMACION BANCARIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONSIGNAR EN EL BANCO: | CAJA SOCIAL S.A | NÚMERO DE CUENTA | 24152287906 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - A | EN LETRAS | | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | CUOTA NÚMERO | | DE | |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ 79.911.862,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 79.911.862,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 79.911.862,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| SORANI ROCIO QUINTERO JARAMILLO | Profesional Universitario 2044 Grado 10 | Caldas | Grupo Interno de Trabajo de Prevención | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| ELIZABETH SANCHEZ HERNANDEZ | Profesional contratista | Caldas | Grupo Interno de Trabajo de Prevención | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| ELIZABETH SANCHEZ HERNANDEZ | Grupo Interno de Trabajo de Prevención | | 16/04/2026 |

**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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

Manizales, 16 de abril de 2026

**DOCUMENTO DE COBRO – 275**

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-ICBF
NIT. 899.999.239-2
Carrera 23 Nro. 39-60
Tel 8928017
DEBE A:

LA CORPORACIÓN ALBERTO ARANGO RESTREPO - CEDER
NIT. 890.802.356-8

La suma de: SETENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS MCTE **($79.911.862)** según contrato de aporte Nro 17005572025 servicios Centros de Apoyo a la Inclusión, cuyo objeto es: Promover la participación e inclusión de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, mediante acciones intersectoriales, intencionadas, relacionadas y efectivas que contribuyan con el fortalecimiento de entornos protectores y la garantía de sus derechos, así como la transformación de imaginarios que segregan, excluyen o discriminan en los diferentes contextos donde transcurren sus vidas. Correspondiente al mes de marzo de 2026.

Favor consignar los recursos a la Cuenta de ahorros No. 24152287906 de Banco Caja Social.

Adriana Arango G.
ADRIANA ARANGO GOMEZ
Directora Ejecutiva

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES**

Manizales, 13 de abril de 2026

**SEÑORES:**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**REGIONAL CALDAS**
**MANIZALES**

Yo, ALFONSO OCAMPO DUQUE, identificado con cédula de ciudadanía No. 4.442.835 de Manzanares, en mi calidad de Revisor Fiscal de la Entidad contratista CORPORACIÓN ALBERTO ARANGO RESTREPO -CEDER-, identificada con NIT No. 890.802.356-8, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo. y de igual manera que esta entidad, efectivamente se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto de pago de salarios, emolumentos, prestaciones sociales, y honorarios a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo durante el periodo comprendido en marzo de 2026.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondientes a la fecha de esta certificación.
Lo anterior para efectos del contrato suscrito con ICBF. Nro. 17005572025.
Atentamente,

ALFONSO OCAMPO DUQUE

C.C 4.442.835
T.P 7606-T

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Manizales, abril 13 de 2026

**SEÑORES:**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**ICBF – REGIONAL CALDAS**
**CENTRO ZONAL MANIZALES DOS**

Yo ALFONSO OCAMPO DUQUE, identificado con C.C. 4.442.835 del municipio de Manzanares Caldas, en mi calidad de Revisor Fiscal, de la CORPORACIÓN ALBERTO ARANGO RESTREPO - CEDER identificada con NIT. 890.802.356-8, manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad, efectivamente 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, con corte al mes de marzo 2026, con los que se maneja una periodicidad de pago a 30 días. Lo anterior para efectos del contrato suscrito con ICBF, Nro. 17005572025. Los proveedores fueron los siguientes:

| APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO DE DOCUMENTO | NRO DE DOCUMENTO |
|---|---|---|
| COMERCIALIZADORA ANDINA DE ALIMENTOS | NIT | 900367626-0 |
| GUILLERMO BOHORQUEZ SOTO | CC | 45145986-2 |
| QUINTERO GIRALDO Y CIA SAS | NIT | 890806065-8 |
| NUTRIR | NIT | 800062338-1 |
| LA GIRONA ALIMENTOS | NIT | 901114305-1 |

**Atentamente,**

**ALFONSO OCAMPO DUQUE**
**Revisor Fiscal**
**C.C. 4.442.835**
**T.P. 7606-T**

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



7606-T

ALFONSO
OCAMPO DUQUE
C.C. 4.442.835
RESOLUCION INSCRIPCION 1146-T FECHA 14-IX-82
UNIVERSIDAD FUNDEMA

Presidente

0001-4928

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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0D918D8D729C8DC7

**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 **ALFONSO OCAMPO DUQUE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 4442835 de MANZANARES (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 7606-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ******************************
********************************************************************
*******************************************************************

Dado en BOGOTA a los 15 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



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1955**

**MANZANARES**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.59** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-ENE-1976 MANZANARES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0900100-35164221-M-0004442835-20071209 **03146** 07341B 02 225701534

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.442.835**

**OCAMPO DUQUE**
APELLIDOS

**ALFONSO**
NOMBRES

FIRMA





Cámara de Comercio
Bogotá
Preradicación