

Yo, **ANDREA ORTIZ ARANGO**
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: **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER COMFANORTE**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN: **NI** No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **890500516**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONTRATO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **64009242025** FECHA SUSCRIPCIÓN: **31 diciembre 2025**

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: **31 diciembre 2025** HASTA: **31 julio 2026** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **8 abril 2026**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **Vigencia** PAGO No.: **2** DE **4**

VALOR A PAGAR: **\$ 643.242.646** EN LETRAS: **SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE**

PERÍODO DE PAGO DESDE: **1 febrero 2026** HASTA: **31 marzo 2026**

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 ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS... FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT	18326	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01 SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	\$ 643.242.646

2.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: **BANCOLOMBIA S.A.** NÚMERO DE CUENTA: **81600012284** TIPO DE CUENTA: **AHORRO**

3. OBSERVACIONES

SE AUTORIZA ESTE DESEMBOLO PREVIO CUMPLIMIENTO DE TODOS LOS REQUISITOS PLASMADOS EN LA CLÁUSULA 8 DEL CONTRATO DE APOORTE Y LAS DEMÁS OBSERVACIONES QUE HAYA LUGAR.

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: \$ - A EN LETRAS: EN LETRAS

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: \$ - CUOTA NÚMERO: DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE	VALOR
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	\$ 643.242.646
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	
TOTAL PAGO CORRIENTE	\$ 643.242.646
TOTAL A PAGAR (A+B)	\$ 643.242.646

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ANDREA ORTIZ ARANGO	COORDINADORA	NORTE DE SANTANDER	CENTRO ZONAL CÚCUTA TRES	<i>Andrea Ortiz Arango</i>

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DEISY MABEL CAICEDO MORA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO/APOYO FINANCIERO	NORTE DE SANTANDER	CENTRO ZONAL CÚCUTA TRES	<i>Deisy Mabel Caicedo Mora</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
BARBARA TARAONA	GAT PI		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORAS

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
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

110276-T

GERSON HUGO SUAREZ ORDÓNEZ
C.C. 88245407

RESOLUCIÓN INSCRIPCIÓN 046 FECHA 28/04/2005
UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

[Signature]

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEÓN 119859

CON DESTINO A ICBF

REPÚBLICA DE COLOMBIA

37947

Esta tarjeta es el único documento que acredita como CONTADOR PÚBLICO de acuerdo con la Ley 43 de 1990. Agradecemos su diligencia en esta tarjeta de inscripción al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

DUPLICADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **88.245.407**

SUAREZ ORDOÑEZ

APELLIDOS

GERSON HUGO

NOMBRES



[Handwritten Signature]
FIRMA

CON DESTINO A ICBF



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1980**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

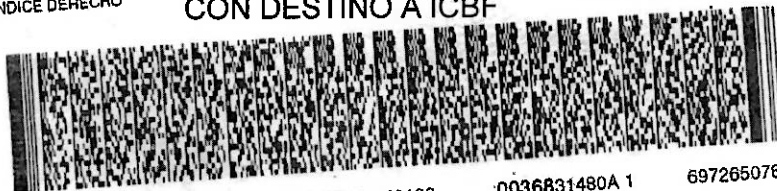
M
SEXO

10-SEP-1998 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Handwritten Signature]*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

CON DESTINO A ICBF



A-2510000-00540221-M-0088245407-20140126

0036831480A 1

6972650785

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

5 E 8 A 8 7 F 0 2 9 1 0 2 1 7 9

**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 **GERSON HUGO SUAREZ ORDOÑEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 88245407 de CUCUTA (N. DE SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 110276-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 6 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

	GERSON HUGO SUAREZ ORDOÑEZ
	Revisor Fiscal Caja de Compensación Familiar COMFANORTE
	Contador Público de la Universidad Incca de Colombia TP 110276-T

CERTIFICACIÓN

CERTIFICACION PARA ACREDITAR EL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 50 DE LEA LEY 789 DE 2002, EL SUSCRITO REVISOR FISCAL, SE PERMITEN CERTIFICAR QUE:

**LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER COMFANORTE
NIT: 890.500.516-3**

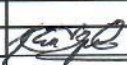
DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES CALENDARIO LEGALMENTE EXIGIBLES, HA REALIZADO LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES CORRESPONDIENTES EXIGIDOS POR LA LEY Y SE ENCUENTRA AL DÍA Y A PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO RELACIONADO CON DICHS APORTES.

Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramente, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva

Se expide la presente certificación a los siete (07) días del mes de abril del 2026, con destino al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).



GERSON HUGO SUAREZ ORDOÑEZ
Revisor Fiscal
Caja de Compensación Familiar de N. de S. Comfanorte
Tarjeta Profesional 110276-T

	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Proyecto:	Kevin Alber Sepulveda Soto	Apoyo Revisoría Fiscal	
Revisó	Gerson Hugo Suarez Ordoñez	Revisor Fiscal	
Aprobó	Gerson Hugo Suarez Ordoñez	Revisor Fiscal	

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.