CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL TALENTO HUMANO

Soledad, 16 de Abril de 2026

Señores.
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Regional Atlántico

Yo, **NELSON GARCIA PEREZ** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la **ESE CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, con NIT. 8002.013.023-5** y con el **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 08007932025**

CERTIFICA QUE:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la ESE CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD de la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la ESE se encuentra **PAZ Y SALVO** por concepto de pago a todo el talento humano asociados a los proyectos y convenios con el **ICBF**, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de marzo del año 2026.

Se expide la presente certificación a los dieciséis (16) días del mes de abril de 2026, en el Municipio de Soledad por solicitud del interesado.

Atentamente,

NELSON GARCIA PEREZ
C.C 72.310.382
Representante legal

Elaborado por Dairid Fontalvo Buelvas, jefe Oficina de Recursos Financieros