Yo, **LINA ALEXANDRA CARDENAS RONCANCIO**

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 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	**17005252025**	FECHA SUSCRIPCIÓN	**27** (día)	**DICIEMBRE** (mes)	**2025** (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **31** (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:	**5**	DE	**8**
VALOR A PAGAR	**$ 1.183.370.379**	EN LETRAS	**MIL CIENTO OCHENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE 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	**1726**	**27**	**C-4602-1500-10-704040-4602014-02**	**123 MODALIDADES DE ACOGIMIENTO**	**A-02-02-02-009-003-03**	**$ 1.183.370.379,00**

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:	**Banco Caja Social**	NÚMERO DE CUENTA	**24152815806**	TIPO DE CUENTA	**Ahorro**

3. OBSERVACIONES

ATENCION 1 al 31 de Marzo de 2026, modalidad Hogar Sustituto, según Documento de Cobro No.276 de 13 DE ABRIL DE 2026

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	$ 1.183.370.379,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 1.183.370.379,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 1.183.370.379,00

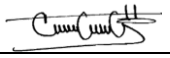
SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LINA ALEXANDRA CARDENAS RONCANCIO	**Profesional Universitario 2044 Grado 09**	**Caldas**	**Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas**	
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
ELVIRA DEL CARMEN CUARAN CUARAN	**Profesional Contratista**	**Caldas**	**Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas**	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ELVIRA DEL CARMEN CUARAN CUARAN	**Grupo Interno de Trabajo de Protección Especial y Autoridades Administrativas**		**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

DOCUMENTO DE COBRO 276
FECHA: 13 DE ABRIL DE 2026

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL CALDAS
NIT 899.999.239-2

DEBE A:
CORPORACIÓN ALBERTO ARANGO RESTREPO CEDER
NIT 890.802.356-8

La suma de **($ 1.183.370.379**) **MIL CIENTO OCHENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS MCTE**, por concepto de: atención a niñas, niños y adolescentes en la modalidad de Acogimiento familiar Hogar Sustituto Discapacidad ONG según contrato de aporte nro. 17005252025 Durante el periodo del 01 al 31 de marzo del 2026.

Favor consignar esos recursos a la **Cuenta de ahorro de BANCO CAJA SOCIAL No. 24152815806. (cuenta Maestra)**

adriana Orango 6
ADRIANA ARANGO GÓMEZ
Directora Ejecutiva

LOS SUSCRITOS REVISOR FISCAL Y DIRECTORA EJECUTIVA

DE LA CORPORACIÓN ALBERTO ARANGO RESTREPO-CEDER-

NIT 890.802.356-8

CERTIFICAN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO ANTE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR -ICBF- REGIONAL CALDAS-MANIZALES

Que esta entidad, efectivamente se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto de pago de salarios, emolumentos, prestaciones sociales, sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales, parafiscales, reconocimiento de viáticos y gastos de viaje y honorarios a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo 17005252025 a los treinta (31) días del mes marzo de 2026.

Para Constancia se firma a los diez (6) días del mes abril de 2026.

Atentamente,

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

adriana Arango G

ADRIANA ARANGO GOMEZ
directora ejecutiva
C.C 30.323.731 DE Manizales

Manizales 06 de abril de 2026

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.
ICBF – REGIONAL CALDAS

Los Suscritos Revisor Fiscal, ALFONSO OCAMPO DUQUE, identificado con C.C. 4.442.835 del municipio de Manzanares Caldas, y la directora ejecutiva, ADRIANA ARANGO GOMEZ, identificada con cédula de ciudadanía nro. 30.323.731 de Manizales; de la CORPORACION ALBERTO ARANGO RESTREPO- CEDER identificada con NIT. 890.802.356-8, manifestamos bajo gravedad de juramento que esta entidad, efectivamente se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con sus proveedores de bienes y servicios, de acuerdo con las políticas internas.

NOMBRE DEL PROVEEDOR	TIPO DE DOCUMENTO	NRO DE DOCUMENTO
FERNANDO JIMENEZ GARCIA	NIT	10227058
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO COMFENALCO	NIT	890000381
RODRIGO DIAZ CASTAÑO	CC	10269334
LUIS FERNANDO GIRALDO SERNA	CC	10286562
SAUL ENRIQUE CARRILLO QUINTERO	CC	16075221
MARIA RUTH DIAZ DE DUQUE	CC	24319928
GLORIA LUCIA VILLEGAS MUÑOZ	NIT	2462594
GENTIL REINOSA RODRIGUEZ	CC	75066676
EVA FUENTES ROJAS	NIT	24704782
JOSE SAUL GIRALDO	CC	75000273
EDWIN DOINGUEZ SERRANO	CC	79528591
CAROLINA MARTINEZ ZULUAGA	CC	1053812868
ALONSO MARTINEZ	CC	30412368
ATTAYYINB SAS	NIT	901941363
ALVARO OLAYA GUAYARA	NIT	16136430
METROMEDICS SAS	NIT	900816433
MARIO RIOS OSORIO	CC	33992622
JARDINES LA ESPERANZA	CC	75045672
PROMOTORA LA AURORA S.A.	NIT	890803003
RED PLANET TELECOMUNICACIONES	NIT	810006036
QUINTERO GIRALDO	NIT	900601506
WILMAR ZAPATA PINEDA	NIT	8908060658
MODA DORADA SAS	NIT	901855981

ADRIANA ARANGO GOMEZ
Directora Ejecutiva
C.C 30323. 731

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

Certificado No:

0D918DBD729CBDC7

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

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

0001492B

CONVALICER

88/81/20807

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.



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





Copia de la cédula para preradicación