Yo, **LUZ STELLA RODRIGUEZ ECHEVERRY**

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	FUNDACION FAMILIAR PRO-REHABILITACION DE FARMACODEPENDIENTES FARO				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	NIt	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	800034694-1		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	63-00312-2025	FECHA SUSCRIPCIÓN	29 (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			21 (día) abril (mes) 2026 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 5	DE 8
VALOR A PAGAR	$ 93.842.296	EN LETRAS	NOVENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS 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
ADQUIS DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA	1626	21	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 12.718.832
	1626	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 81.123.464

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 AV VILLAS	NÚMERO DE CUENTA	341003200	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

PLANILLA ATENCION MARZO 2026

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 93.842.296
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 93.842.296
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 93.842.296

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SOG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LUZ STELLA RODRIGUEZ ECHEVERRY	SUPERVISOR CONTRATO	QUINDÍO	GRUPO DE PROTECCION 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
LILIANA JUDITH SUAREZ BELTRAN	FINANCIERO - EQUIPO DE SUPERVICION	QUINDÍO	GRUPO DE PROTECCION ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
NATALIA RENDON LEDESMA	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA	Natalia Rendón	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO UNICAMENTE 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

FUNDACION FARO
Nit 800.034.694-1
VDA SAN JUAN DE CAROLINA FCA BALSALICHE CA SALECIANA
Teléfono 3176679751 Salento Quindío

Factura electrónica de venta
No. FEFF579

INFORMACION DEL CLIENTE	FECHA	TOTAL
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBI	**09/04/2026**	**$ 93.842.296,00**
NI No.: 899999239-2	VENDEDOR	
DIRECCION: Avenida carrera 68 No. 64 C - 75	-	
TELEFONO: 018000918080	FECHA VENCIMIENTO	REFERENCIA
CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. **PAIS:** Colombia	09/05/2026	

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
41659503	ICBF ATENCION MARZO CTTO 312 CC 121	$ 93.842.296,00

NRO. ITEMS FACTURADOS: 1

FORMA DE PAGO	IDENTIFICACION	VALOR
CxC # 1	Vence: 09/05/2026	$ 93.842.296,00

VALOR (en letras): NOVENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES

BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERNADO/CASA DE ACOGIMIENTO PARD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS N° 341003200 DE BANCO AV VILLAS
Persona jurídica y asimiladas, No responsable impuesto a las ventas, Agente retenedor (puede practicar retención), Entidad no contribuyente (no se le debe hacer retención) y No responsable de IVA
Factura a crédito, plazo hasta 09/05/2026.

Preparado	Aprobado	Contabilizado	Revisado

FIRMA Y SELLO

C.C. O NIT.

Sello de firma:
CoADYtNUQzGBw/jP4+f0RJGSBSDRFiagAtqtDcT5eJctYtTq9qR0iOSyk89VYbz0x7VQfvL913mNUkJZ44OHUAlpSyHwsFgAWuegITsf9yglWgIwNiAgNnDFwgNr57JuEM8QeAWO3tcZG0e0Bob/SXCZJgayLPDuM7W+iKWWCMAQ4/7RDdHpN254l975OtvfFlV+btDmeDbEzqPtQk3M+Q0ELx8+TU264enX/gjUMfC9swQ/FZwe3JK0wOkdCeiFxRh/vuFImshDYFi9Y0DZ+HcbTyQtXkP7qdn3IJm+g/uw9eOrBLVZBGOHNVkRY3ktm45ynjZ+RJW0wRIuZg1ug==

CUFE: 29d347fe6453cd882120d47c8ebdccc58f975b3b9ab376f4091f9ff112cc048688cccc71ee1d4140fb776b668b5d0dd8
Fecha emisión: 2026-04-09 14:45:09 **Fecha validación DIAN:** 2026-04-09 14:45:16-05:00
Proveedor Tecnológico: NIT: 890930534 - Cadena S.A.

Resolución DIAN. 18764093400980. Prefijo: FEFF. Rango: 483 al 2000. Vigencia: 21/05/2025 hasta 21/05/2027

Super.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
REGIONAL QUINDIO
Grupo de protección especial y autoridades administrativas
Clasificación de la información: Clasificada

BIENESTAR FAMILIAR

MEMORANDO

Radicado No: 20265430000010963

Para: **LUIS FERNANDO OSPINA ARIAS**
Coordinador Grupo Financiero

Asunto: Solicitud trámite de pago Pago Planilla del mes de Marzo de 2026

Fecha: 2026-04-21

Muy respetuosamente me permito solicitar adelantar el trámite correspondiente para el pago de la certificación y respectiva cuenta de cobro que se adjunta, por concepto de ***Pago Planilla del mes de Marzo 2026 y para las Modalidades de Internado – Intervención de Apoyo Psicosocial el reconocimiento de Cumpleaños***, que corresponde a servicios de Protección de los siguientes contratos de Aporte:

NUMERO DE CONTRATO	NOMBRE DE LA ENTIDAD O ASOCIACIÓN CONTRATADA	SERVICIO CONTRATADO	Valor Concepto
63003072025	Universidad del Quindío	Intervención de apoyo psicosocial	**$ 93.973.500**
63003082025	Centro Laura Vicuña - CLV	Externado	**$ 71.249.741**
63003092025	Universidad del Quindío	Hogar sustituto tutor entidad	**$ 123.287.932**
63003102025	Centro de desarrollo comunitario Versalles	Apoyo psicológico especializado	**$ 78.374.783**
63003122025	Fundación FARO	Internado	**$ 93.842.296**

21-04-2026
Anderson
4:22 pm