Yo, **IVONNE MARITZA VELASQUEZ CUERVO**

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	FUNDACIÓN CENTRO DE ESTIMULACIÓN NIVELACIÓN Y DESAROLLO CEDESNID						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	860.071.892-7				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	73008992025	FECHA SUSCRIPCIÓN	29 (día)	Diciembre (mes)	2026 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) Diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) Julio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	10 (día) Abril (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4	DE	7
VALOR A PAGAR	$ 193.133.738,00	EN LETRAS	CIENTO NOVENTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE.		
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	3126	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 160.602.203,00
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	3126	21	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123	A-02-02-02-009-003-03	$ 27.531.535,00
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	3126	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112	A-02-02-02-009-003-01	$ 5.000.000,00

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 S.A.	NÚMERO DE CUENTA	24152581747	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

EL DESELBOLSO SE FUNDAMENTA EN LO DISPUESTO EN LA CLÁUSULA OCTAVA – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO Y DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN LA RESOLUCIÓN 5360 DE 2023 DEL CONTRATO DE APORTE 73008992025. DE OTRA PARTE, SE EJECUTÓ LA TOTALIDAD DE LOS CUPOS CONTRATADOS.

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	$ 193.133.738,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 193.133.738,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 193.133.738,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
IVONNE MARITZA VELASQUEZ CUERVO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	TOLIMA	GALÁN	
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
ALEXANDER REINOSO CORDOBA	APOYO FINANCIERO SUPERVISIÓN	TOLIMA	GALÁN	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
Liliana Paola Bermudez Araque	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas		13/04/2026

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

República de Colombia
Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras

PAGO DE CONTRATOS DIFERENTES A PRESTACION DE SERVICIOS (HONORARIOS)

CERTIFICACION DETALLADA

PERIODO DE DESEMBOLSO: DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2026

Municipio **IBAGUÉ** **No. Contrato:** **73008992025**

MODALIDAD	CUPOS CONTRATADOS	MES ANTERIOR		MES ACTUAL				VALOR A, DESEMBOLSAR	OBERVACIONES
		Cupos ejecutados	Cupos no ejecutados	Cupos ejecutados	Cupos no ejecutados	Valor cupos ejecutados/Valor ajuste alistamiento	Valor cupos NO ejecutados (al 100% de los CF)		
EN LA MODALIDAD - INTERNADO - DISCAPACIDAD INTELECTUAL / CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL	**63**	**63,00**	**0,00**	63,00	**0,00**	$ 187.533.738,0	$ -	**$ 187.533.738,00**	SE EJECUTÓ LA TOTALIDAD DE LOS CUPOS CONTRATADOS.
EN LA MODALIDAD - INTERNADO - DISCAPACIDAD INTELECTUAL / CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL	63	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	$ 600.000	**N/A**	**$ 600.000,00**	Celebración de cumpleaños usuarios de la modalidad durante los meses de enero y febrero de 2026
EN LA MODALIDAD - INTERNADO - DISCAPACIDAD INTELECTUAL / CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL	63	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	$ 5.000.000	**N/A**	**$ 5.000.000,00**	Recurso del centro de costo 112
								$ 193.133.738,00	
SUBTOTAL								**$ 193.133.738,00**	
TOTAL								**$ 193.133.738**	

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

IVONNE MARITZA VELASQUEZ CUERVO

SUPERVISOR (A) CONTRATO

FIRMA

NOMBRE APOYO FINANCIERO/CONTABLE AREA O CENTRO ZONAL

Alexander Reinoso Cordoba

Financiero Equipo de Supervision.

FIRMA

Revisó Profesional Área de Asistencia Tecnica

Revisó Profesional Área de Planeación

CUENTA DE COBRO
EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL TOLIMA
NIT 899.999.239-2
DEBE A
LA FUNDACION CENTRO DE ESTIMULACION NIVELACION Y DESARROLLO -CEDESNID
860071892-7

POR CONCEPTO: CUENTA CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL MES DE MARZO DE 2026. DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE APORTE 73008992025, PARA LA ATENCIÓN DE 63 CUPOS EN LA MODALIDAD - INTERNADO - DISCAPACIDAD INTELECTUAL / CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL ATENCIÓN

FECHA DE CUENTA DE COBRO	**7 DE ABRIL 2026**	**CUENTA DE COBRO 249-2026**

1	**MODALIDAD:**	CASA DE ACOGIMIENTO DISCAPACIDAD INTELECTUAL INTERNADO		
2	**NUMERO DE CONTRATO:**	73008992025		
3	**CUPOS CONTRATADOS**	63		
4	**% COSTO FIJO:**	63,2%	% SEGÚN COBERTURA	100%
5	**DIAS DE ATENCION**	30		
6	**VALOR CUPO:**	$ 2.976.726		
7	**TOTAL DIAS DE ATENCION:**	1.890,0		
8	**CUPOS ATENDIDOS:**	63 Cupos		
9	**TOTAL DIAS ATENDIDOS:**	1.890,0		
10	**USUARIOS ATENDIDOS:**	63		
11	**VALOR DE ATENCIÓN:**	$187.533.738		
12	**VALOR RUBRO 112**	$5.000.000		
13	**VALOR BONO CUMPLEAÑOS**	$600.000		

LIQUIDACION PARA PAGO

TOTAL DIAS ATENDIDOS	**VALOR CUPO DIA**	**VALOR A PAGAR DIAS ATENDIDOS**
1.890,0	$ 99.224,2000	$ 187.533.738
TOTAL DIAS ATENDIDOS NOVEDAD HOSPITALIZACION O SALIDA FAMILIAR	**VALOR COSTO FIJO 100%**	VALOR A PAGAR COSTO FIJO
0,0	$ 62.709,6944	$ 0
DIAS NO ATENDIDOS	**VALOR COSTO FIJO 100%**	**VALOR A PAGAR NOVEDADES DE UBICACIÓN**
0,0	$ 62.709,6944	$ 0
VALOR TOTAL A PAGAR		**$ 193.133.738**

SON: CIENTO NOVENTA Y TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

Información Hospitalizaciones que superan el mes para liquidación

Fecha desde la cual supera el mes	Fecha hasta la cual se encontró hospitalizada en el mes	Días que superan el mes de hospitalización	Nombre del niño, niña, adolescente o joven	Observación
TOTAL		**0**		

La presente, se expide el 7 del mes de abril del año 2026

MARIA CONSUELO DEL RIO MANTILLA
Representante Legal
CC 41.600.696 de Bogotá

SISTEMA DE SUPERVISION DE LOS CONTRATOS DE APORTE SUSCRITOS POR EL ICBF

PROTECCIÓN

CERTIFICACION DE COBERTURA ATENDIDA

Regional o Seccional	TOLIMA	Centro Zonal	GALÁN

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD CONTRATISTA:

FUNDACION CENTRO DE ESTIMULACION NIVELACION Y DESARROLLO -CEDESNID- NIT: 860071892-7

CERTIFICA:

Que los 63 cupos contratados y administrados por esta entidad funcionaron normalmente del MARZO del año 2026 siguiendo los lineamientos técnico administrativos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidad.

La cobertura programada y atendida es la siguiente:

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA - DIAS			
MODALIDAD	**Unidades**	**Cobertura**		**MODALIDAD**	**Unidades**	**Cobertura**	
INTERNADO DISCAPACIDAD	1	63		INTERNADO DISCAPACIDAD	1	63,00	
Total	1	63		Total	1	63,00	

La presente certificación se expide a solicitud del supervisor del contrato No 73008992025 de 2025 (Año) suscrito entre el ICBF y FUNDACION CENTRO DE ESTIMULACION NIVELACION Y DESARROLLO -CEDESNID- (Entidad contratista)

en IBAGUE (Ciudad) a los (7) días del mes de ABRIL del año 2026

Nombres y Apellidos del representante legal	Firma y No. de cédula
MARIA CONSUELO DEL RIO MANTILLA	CC 41.600.696 de Bogotá

Bogotá D.C, 1 de abril del 2026

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

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

Yo MARIA CONSUELO DEL RIO MANTILLA identificada con cedula de ciudadanía No 41.600.696 en mi calidad de Representante Legal y Yo GERMAN GUSTAVO TOVAR PEDRAZA, Identificado con la cédula de ciudadanía No. 17.148.169, en mi calidad de Revisor Fiscal de la FUNDACION CENTRO DE ESTIMULACIÓN, NIVELACIÓN Y DESARROLLO " CEDESNID" con NIT No. 860.071.892-7, bajo la gravedad de juramento manifiesto que la entidad ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados. Por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud, EPS, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, dando cumplimiento al Artículo 50, Ley 789 de2002, igualmente certifico que se da cumplimiento al pago del talento humano.

PLANILLA# 9501711552
FECHADEPAGO: 2026/03/19
PERIODO. (Pensión febrero – Salud marzo)

Así mismo, certifico que el personal contratado por Prestación de Servicios también se encuentra al día en el pago de sus aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones. De acuerdo al Decreto 1273 de 2018, que reglamenta el pago de seguridad social para contratistas mes vencido.

A la fecha de la expedición del presente documento la entidad se encuentra al día en el pago de los parafiscales para el mes de marzo.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá DC a los (1) días del mes de abril del 2026.

MARIA CONSUELO DEL RIO MANTILLA
Representante Legal
CC. 41.600.696

GERMAN TOVAR PEDRAZA
Revisor Fiscal
CC. 17.148.169
TP 1501-T

Calle 95 # 47-08 oficina 301 - Barrio la castellana Conmutador:
3202752005 – 2113157 Bogotá –
Colombia – Suramérica
contacto@cedesnid.org.co
www.cedesnid.org.co

Bogotá D.C, 1 de abril del 2026

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO PROVEEDORES

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

Los suscritos Representante legal y Revisor Fiscal de la FUNDACION CENTRO DE ESTIMULACIÓN NIVELACIÓN Y DESARROLLO "CEDESNID" identificada con NIT # 860.071.892-7, certificamos que esta entidad se encuentra a PAZ Y SALVO, por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios para el mes de marzo de 2026, de acuerdo con las políticas internas de pago de la Institución a 60 días.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá DC a los (1) días del mes de abril del 2026.

MARIA CONSUELO DEL RIO MANTILLA
Representante Legal
CC. 41.600.696

GERMAN TOVAR PEDRAZA
Revisor Fiscal
CC. 17.148.169
TP 1501-T

Avenida carrera 45 # 95-29 Barrio la castellana
Conmutador: 4673110 –
2113157 Bogotá – Colombia –
Suramérica
contacto@cedesnid.org.co
www.cedesnid.org.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.148.169
TOVAR PEDRAZA

APELLIDOS
GERMAN GUSTAVO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1946
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

05-JUL-1967 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

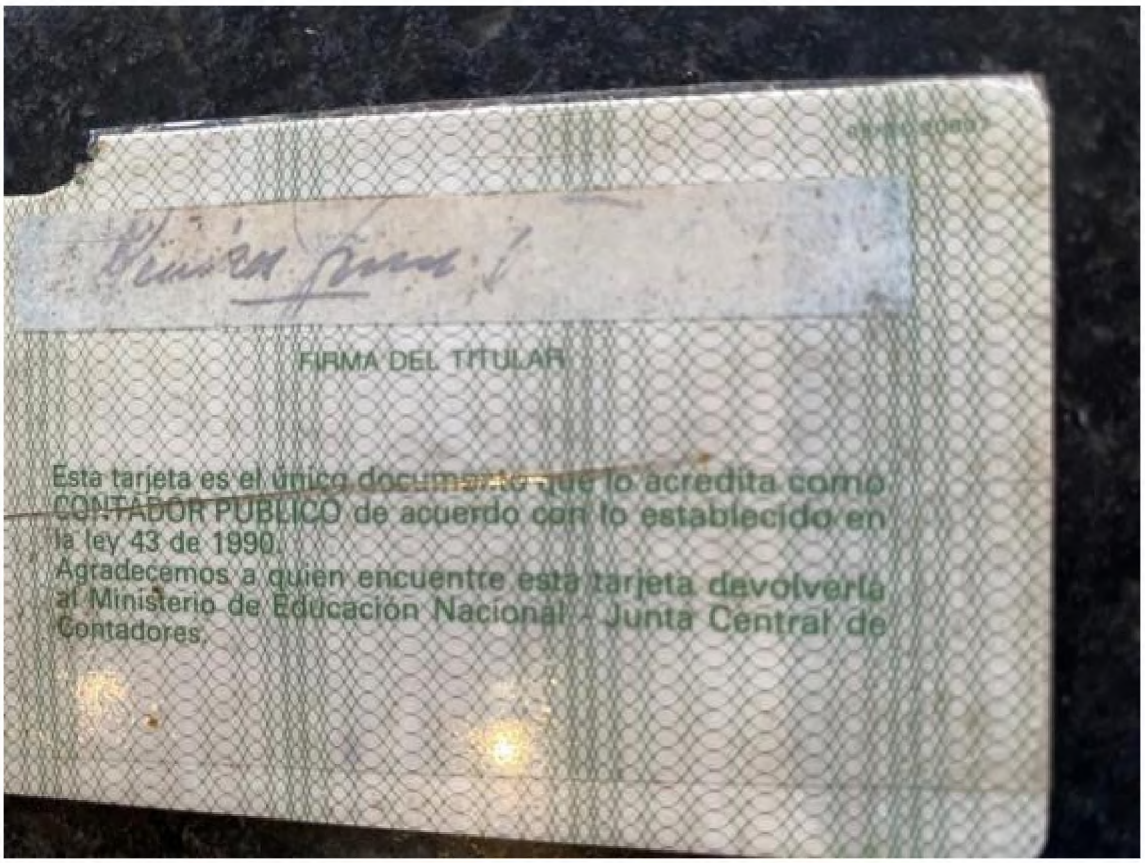
A-1500100-00027961-M-0017148169-20030721 8001334864 1 6170010165



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

1501-T

GERMAN GUSTAVO
TOVAR PEDRAZA
C.C. 17.148.169
RESOLUCION INSCRIPCION 518-T FECHA 6-XI-75
UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO



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:

ABD874 6E86B68189

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 **GERMAN GUSTAVO TOVAR PEDRAZA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17148169 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 1501-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 11 días del mes de Marzo 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.600.696**

DEL RIO MANTILLA

APELLIDOS

MARIA CONSUELO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1953**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-1975 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00808899-F-0041600696-20160404 **00491**66065A 1 11509536