Yo, **LINA MARIA BOTHIA LAGOS**

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 DESARROLLO SOCIAL- CEDESOCIAL**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**802.007.962-1**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	47003142025	FECHA SUSCRIPCIÓN	1 (día)	abril (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) abril (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) junio (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			23 (día) julio (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 3	DE 3
VALOR A PAGAR	$ 2.385.241,00	EN LETRAS	DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) junio (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) junio (mes) 2025 (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	65925	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	112-ACCIONES COMPLEMENTARIA	2-02-02-009-003-03- OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALOJAMIENTO	$ 2.385.241,00

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:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	692-0000425-0	TIPO DE CUENTA	MAESTRA

3. OBSERVACIONES

El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato una vez aprobada la cuenta por parte del supervisor del contrato y adjuntando los soportes requeridos para la legalización de la cuenta de cobro. El operador debe presentar lo anexos como lo son factura o cuenta de cobro con los usuarias atendidos con acompañamiento en la clinica, presenta soporte de las historias clinicas de hospitalización , certificado honorarios, certificado parafiscales, certificado pas y salvo proveedores, copia cedula, junta central de contadores , copia de la cedula del revisor fiscal, su desembolso será deacuerdo a las necesidades presentadas.

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	$ 2.385.241,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR		B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 2.385.241,00	

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LINA MARIA BOTHIA LAGOS	SUPERVISORA	MAGDALENA	ASISTENCIA TÉCNICA	
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
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	APOYO FINANCIERO	MAGDALENA	ASISTENCIA TÉCNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	ASISTENCIA TÉCNICA		23/07/2025

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

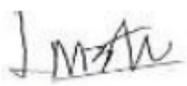
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO	
Nº. CONTRATODE APORTE	**ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS**
47003142025 01/04/2025	**FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CEDESOCIAL,** identificada con el NIT Nº 802.007.962-1, representado por **CRISTIAN MULFORD CASTRO** identificado con cédula de ciudadanía No. 12.693.839.
OBJETO DEL CONTRATO	BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA **MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO**, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	El valor del presente contrato será por la suma de **DOS MIL SESENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MCTE ($2.069.888.788).**
FORMA DE PAGO	FORMA DE DESEMBOLSO: El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) Un (1) giro de alistamiento en los 10 primeros días hábiles del mes de abril de 2025 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de abril el contratista deberá entregar los siguientes documentos: 1. Certificación Bancaria. 2. Aprobación de Garantía. 3. Acta de Inicio y 4. Los exigidos en la Resolución 5360 de 2023 que resulten apliquen. (iii) Dos (2) desembolsos mensuales vencidos para la vigencia 2025, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique) de los siguientes documentos: . Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. 7. Cuenta de cobro o factura (según aplique). 8. Suscripción y legalización del contrato de comodato con la respectiva acta de recibo del bien objeto de comodato con la relación de inventarios, cuando aplique. (iv) El desembolso correspondiente al mes de marzo, el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente.

VALOR PARA DESEMBOLSAR	Yo, **LINA MARIA BOTHIA LAGOS** en mi calidad de supervisora del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización ACCIONES COMPLEMENTARIAS – DAÑOS OCACIONADOS de la vigencia 2025, ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral, parafiscales y Proveedores en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

	El valor para desembolsar es por: **DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE. ($ 2.385.241)**

INFORMACION PRESUPUESTAL	**CDP:** **50925** **COPROMISO:** **65925** **RUBRO:** C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112 **RECURSO:** **27- PROPIOS**		
FECHA CERTIFICACION	DIA: 23	MES: JULIO	AÑO: 2025



_____

LINA MARIA BOTHIA LAGOS
Supervisora de Contrato N°47003142025
Grupo Asistencia Técnica
Regional Magdalena-ICBF

Aprobó y Revisó: LINA BOTHIA – Supervisora de contrato
Proyectó: Dayanis Mendez. Profesional de Apoyo Financiero

FUNDACION CENTRO DE DESSAROLLO SOCIAL- CEDESOCIAL

NIT: 802.007.962-1
Dirección: Cra 62 # 64 -46

Barranquilla, Atlantico, Colombia

Info@cedesocial.org
www.cedesocial.org

CUENTA DE COBRO :

Número : **HS-SM-043**

Fecha : 23/07/2025 **Fecha de vencimiento:** 23/08/2025

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 899.999.239-2
Dirección: Avenida del Ferrocarril Carrera 12 # 25 - 55
Teléfono: 57(605) 437 76 30

SANTA MARTA

REPARACION DAÑO OCASIONADO POR USUARIO(A) EN HOGAR SUSTITUTO

CONTRATO DE APORTES No. 47003142025 DEL 01/04/2025

SEISCIENTOS MIL PESOS M /L

$ 2.385.241

Firma del proveedor del Servicio

Firma del Receptor del Servicio

Si usted tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto correo: Jorge.palma@cedesocial.org, dirrecion: Cra 62 # 64 -46 Barranquilla- Atlantico

Santa Marta, 31 de Mayo de 2025

Doctora
LINA MARIA BOTHIA LAGOS
Supervisora del Contrato No.47003142025
I.C.B.F. Regional Magdalena
Ciudad

CERTIFICACION DE PAGO DE HONORARIOS

CRISTIAN MULFORD CASTRO, identificado con C.C. 12.693.839, en calidad de Representante Legal de la Fundación Centro de Desarrollo Social **CEDESOCIAL** identificada con NIT **802.007.962-1**; certifico que durante el mes de **MAYO de 2025** se cancelaron la totalidad de Honorarios, quedando así a PAZ Y SALVO con los contratistas de la modalidad Hogar Sustituto Vulneración y Discapacidad.

Atentamente,

CRISTIAN MULFORD CASTRO
C.C. No. 12.693.839
Representante Legal

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES

La suscrita Contadora Pública **SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES**, identificada como aparece al pie de la firma, persona mayor de edad y obrando como Revisora Fiscal, de la **ONG FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL – CEDESOCIAL**, identificada con **NIT 802.007.962-1**, Certifica que la entidad mencionada se encuentra a **PAZ Y SALVO** por conceptos de pago de sus obligaciones con los Sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis meses comprendidos entre diciembre del 2024 y mayo del 2025. Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los 31 días del mes de Mayo del año 2025, en la ciudad de Santa Marta.

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C. C. 39.056.381
Revisora Fiscal

Santa Marta, 31 de mayo de 2025

Doctora
LINA MARIA BOTHIA LAGOS
Supervisora del Contrato No.47003142025
I.C.B.F. Regional Magdalena
Ciudad

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Yo **SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES**, identificada con C.C. 39.056.381 de Ciénaga (magdalena), en mi calidad de Revisora Fiscal o Contadora Pública del Operador del Servicio identificado con NIT **802.007.962-1,** manifiesto bajo gravedad de juramento que el Operador del Servicio, efectivamente se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con todos sus Proveedores de Bienes y Servicios, durante el mes de **MAYO de 2025**.

Atentamente,

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C. C. 39.056.381
Revisora Fiscal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39056381

GOMEZ URIELES
APELLIDOS

SILVANA CONSUELO
NOMBRES

Silvana Gomez Urieles
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1978
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

27-FEB-1997 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2101600-51101581-F-0039056381-20020322 00760 020801 02 116086025

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

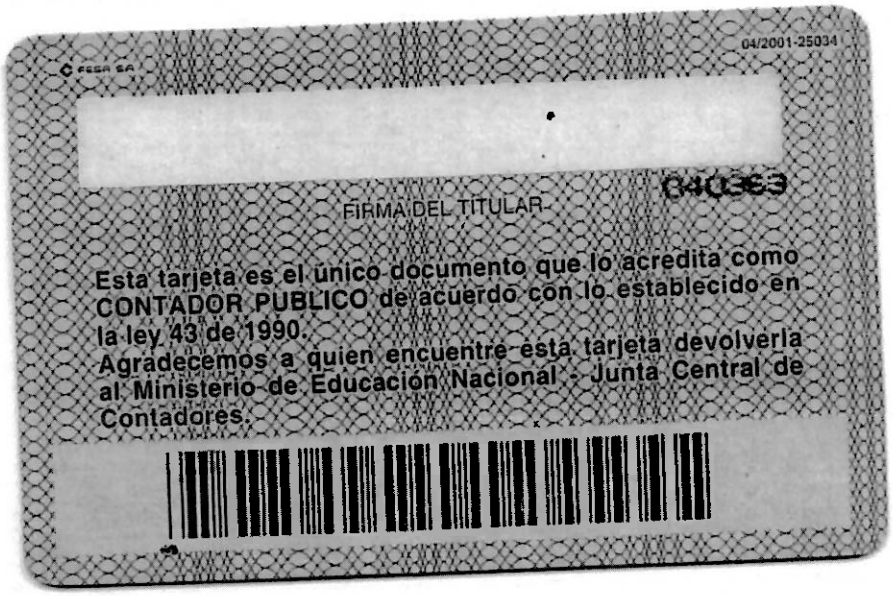


80971-T

SILVANA CONSUELO
GOMEZ URIELES
C.C. 39056381
RESOLUCION INSCRIPCION 116 FECHA 23/08/2001
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE

PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.

90190



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E1C7FE7952A6E38

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 **SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39056381 de CIENAGA (MAGDALENA) Y Tarjeta Profesional No 80971-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Mayo de 2025 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