Yo, **MEREDID ESTHER BARROS FONTANELLE**

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	**802007962-1**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	47003982025	FECHA SUSCRIPCIÓN	1 (día)	julio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			19 (día) agosto (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 2 DE 4	
VALOR A PAGAR	$ 83.236.050,00	EN LETRAS	OCHENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CINCUENTA PESOS MCTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) julio (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	120525	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	122- APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA	02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 83.236.050,00

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	692-0000451-5	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: El operador debe adjuntar los soportes requeridos para la legalización, presentar lo anexos como lo son factura o cuenta de cobro con los cupos contratados , certificado honorarios, certificado parafiscales, certificado paz y salvo proveedores, copia cedula, junta central de contadores , copia de la cedula del revisor fiscal, , Para el mes de JULIO se ejecuto al 100% los cupos contratdos

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	$	83.236.050,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR		B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	83.236.050,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
MEREDID ESTHER BARROS FONTANELLE	SUPERVISORA	MAGDALENA	CENTRO ZONAL SANTA MARTA 1	
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		19/08/2025

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

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. CONTRATO DE APORTE	**ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS**
47003982025 **01/07/2025**	**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 INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL**, 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 **TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($332.944.200).**
OBLIGACIONES DEL OPERADOR	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 julio de 2025 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de julio 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) Tres (3) 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 octubre, 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, **MEREDID ESTHER BARROS FONTANELLE** en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización de 1-31 JULIO 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.

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor Para Pagar 100% cupos utilizados</th><th>Valor (70.5%) del costo fijo, cupos utilizados parcialmente ($92.485)</th><th>Valor total a Pagar cupos no utilizados 100% ($391.209)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$554.907</td><td>150</td><td>$83.236.050</td><td><b>$-</td><td>$-</td><td>$83.236.050</td></tr>
</table>

En razón a ello, autorizo el pago de OCHENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CINCUENTA PESOS MCTE ($ 83.236.050).
</td></tr>
<tr><td>INFORMACION PRESUPUESTAL</td><td>CDP: 55025
COPROMISO: 120525
RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-122
RECURSO: 27</td></tr>
<tr><td>FECHA CERTIFICACION</td><td>DIA: 19</td><td>MES: AGOSTO</td><td>AÑO: 2025</td></tr>
</table>

MEREDID ESTHER BARROS FONTANELLE
Supervisora de Contrato N°47003982025
Centro Zonal Santa Marta 1
ICBF Regional Magdalena

Revisó y Aprobó: MEREDID BARROS– Supervisora de Contrato
Proyecto: Dayanis Mendez – Apoyo Financiero

FUNDACION CENTRO DE DESAROLLO 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 : **IAP-SM-0019**

Fecha : **8/8/2025** **Fecha de vencimiento:** **8/9/2025**

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF **SANTA MARTA**
NIT: 899.999.239-2
Dirección: Carrera 9 # 25 - 55 Barrio Los Alcázares
Teléfono: 57 (605) 421 58 48

PRESTACION SERVICIO PUBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR DURANTE **EL MES DE JULIO DE 2025**, EN LA MODALIDAD INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL PARA ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, CONTRATO No. **47003982025 DEL 01 DE JULIO DE 2025.**

CUPOS CONTRACTUALES	**150**	**$ 83.236.050**

CENTRO ZONAL	USUARIOS ATENDIDOS	INTERVENCIONES REALIZADAS	CUPOS UTILIZADOS
CZ SMR 1	70	417	70
CZ SMR 1 - CAIVAS	39	231	39
CZ SMR 2	43	240	40
COMISARIA DE FAMILIA SUR	2	12	2
TOTAL	**154**	**900**	**150**

Cupos Utilizados	150	$ 554.907	$ 83.236.050
Cupos Parciales	-	$ 92.485	$ -
Costo Fijo 100%	-	$ 391.209	$ -

TOTAL CUENTA DE COBRO	**$ 83.236.050**

OCHENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CINCUENTA PESOS M/CTE	**$ 83.236.050**

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, dirección: Cra 62 # 64 -46 Barranquilla- Atlantico

CERTIFICACION DE PAGO DE HONORARIOS

Yo, CRISTIAN MULFORD CASTRO, identificado con C.C. 12.693.839, en calidad de Representante Legal de la Fundación Centro de Desarrollo Social CEDESOCIAL, identificado con NIT 802.007.962-1; certifico que en el mes de **JULIO del año 2025**, se cancelaron la totalidad de Honorarios, quedando así a PAZ Y SALVO con los contratistas de la modalidad Intervención de Apoyo Psicosocial, bajo el contrato **47003982025 del 01 de julio de 2025.**

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

Atentamente,

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

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES

El Suscrito Contador Público, SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES, identificado como aparece al pie de la firma, persona mayor de edad y obrando como Revisor 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 siete meses comprendidos **entre ENERO y JULIO de 2025,** durante la ejecución del contrato **47003982025 del 01 de julio de 2025**

Lo anterior para dar cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o acreditar cumplir con lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016.

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

Atentamente,

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C.C No. 39.056.381
Revisora Fiscal
T.P. 80971-T

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Yo SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES, identificado con C.C. 39.056.381 de la ciudad de Ciénaga, en mi calidad de Revisor Fiscal o Contador Público 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, en el mes de **JULIO del año 2025** durante la ejecución del contrato **47003982025 del 01 de julio de 2025.**

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

Atentamente,

_____

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C.C. No. 39.056.381
Revisora Fiscal
T.P 80971-T

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

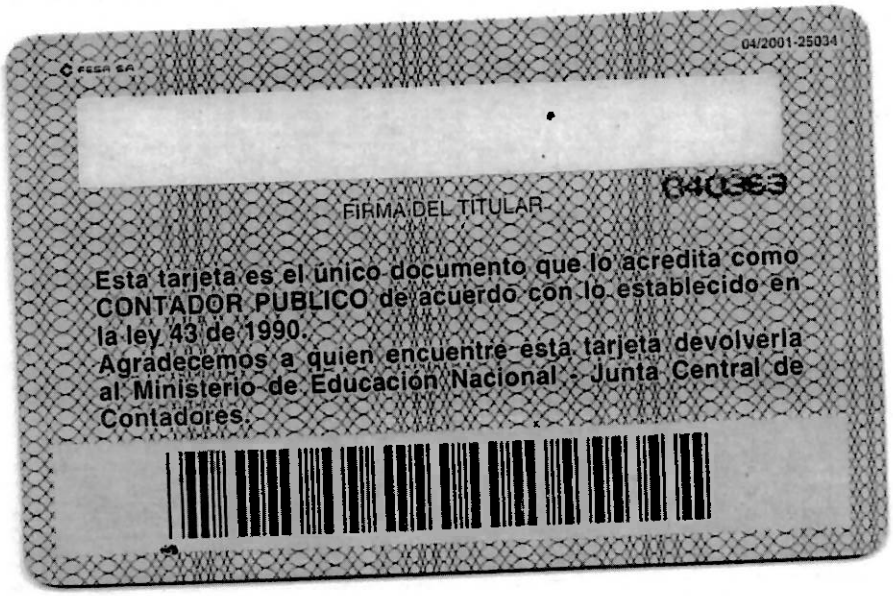


80971-T

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:

9DCAEDD916C30EF8

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 28 días del mes de Julio 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