

Yó,

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 IDENTIFICACION

NIT

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

802.007.963-1

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE

CONTRATO

NUMERO DOCUMENTO FUENTE

4700932025

FECHA SUSCRIPCION

1 julio 2025

dia mes año

PLAZO DE EJECUCION

DESDE

1 julio 2025

dia mes año

HASTA

31 octubre 2025

dia mes año

RÉGIMEN TRIBUTARIO

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACION

19 septiembre 2025

dia mes año

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:

Vigencia

PAGO No:

3 DE 4

VALOR A PAGAR

\$ 556.446.592,00

EN LETRAS

QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS Y CINCE

PERIODO DE PAGO

DESDE

1 agosto 2025

dia mes año

HASTA

31 agosto 2025

dia mes año

3. AFECCION PRESUPUESTAL

DESCRIPCION DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACION DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	120025	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	123-VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD	2-02-02-009-003-03- OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALDAMIENTO	\$ 556.446.592,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

3.1. OBSERVACIONES

El ICOP desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: adjuntando los soportes requeridos para la legalización de la cuenta de cobro. El operador debe presentar lo anexo como lo son: factura o cuenta de cobro con los cupos contratados, certificado honorario, certificado parafiscales, certificado pago y salvo proveedores, copia cedula, junta central de contralorios, copia de la cedula del revisor fiscal, valor programado: \$ 638.441.146 valor a desembolsar en de menor valor debido a inajecuciones de cupos \$81.994.554

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR

\$ -

A

EN LETRAS

AMORTIZACION ANTICIPO

\$ -

CUOTA NUMERO

DE

5. APLICACION DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

VALOR

\$ 556.446.592,00

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA

VALOR

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA

VALOR

TOTAL PAGO CORRIENTE

VALOR

\$ -

B

TOTAL A PAGAR (A+B)

VALOR

\$ 556.446.592,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCION REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
LINA MARIA BOTHIA LAGOS	SUPERVISORA	MAGDALENA	ASISTENCIA TÉCNICA	<i>L. Maria</i>
NOMBRE	CARGO	DIRECCION REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	CARGO	DIRECCION REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
DAYANES MENDEZ CERVANTES	APOYO FINANCIERO	MAGDALENA	ASISTENCIA TÉCNICA	<i>Dayanes Mendez Cervantes</i>

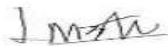
RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DAYANES MENDEZ CERVANTES	ASISTENCIA TÉCNICA	<i>Dayanes Mendez Cervantes</i>	19/09/2025

ESPACIO PARA SER DULCIFICADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS			
RECEPCION DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIEN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCION	HORA DE RECEPCION	FIRMA
DEVOLUCIONES			
NOMBRE QUIEN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCION	HORA DE RECEPCION	FIRMA
RECEPCION DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUAR LA DEVOLUCION			
NOMBRE QUIEN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCION	HORA DE RECEPCION	FIRMA

CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO	
Nº. CONTRATO DE APOORTE	ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS
47003932025 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 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 SEISCIENTOS TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$ 2.603.764.584).
FORMA DE PAGO	<p>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:</p> <p>1. 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</p>
VALOR PARA DESEMBOLSAR	Yo, LINA MARIA BOTHIA LAGOS en mi calidad de supervisora del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización AGOSTO 1-31 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: QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS MCTE. (\$ 556.446.592)
--	---

INFORMACION PRESUPUESTAL	CDP: 55325 COPROMISO: 120025 RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123 RECURSO: 27- PROPIOS		
FECHA CERTIFICACION	DÍA: 19	MES: SEPTIEMBRE	AÑO: 2025



LINA MARIA BOTHIA LAGOS

Supervisora de Contrato N°47003932025

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-046**

Fecha :

05 09 2025

Fecha de vencimiento:

05 10 2025

Señores:

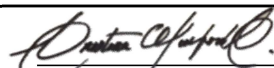
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 899.999.239-2
Dirección: Avenida del Ferrocarril Carrera 12 # 25 - 55
Teléfono: 57(605) 437 76 30

SANTA MARTA

PRESTACION SERVICIO PUBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR DE HOGARES SUSTITUTOS PARA ATENCION DE NNA CON Y SIN DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE AMENAZA O VULNERABILIDAD DE SUS DERECHOS.						
CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO 2025 - CONTRATO ICBF-47003932025						
Sostenimiento						\$ 220.536.000
Sin Disc- Cupo total	178,0	\$	840.000	\$	149.520.000	
Sin Disc- Días parciales	2,0	\$	28.000	\$	56.000	
CD- Cupo Total	73,0	\$	960.000	\$	70.080.000	
CD- Días parciales	27,5	\$	32.000	\$	880.000	
Cupos no Utilizados						\$ 24.762.619
Vr. Sin Discap 100%	31,0	\$	714.041	\$	22.135.269	
Vr. Sin Discap 70%	0,0	\$	499.829	\$	0	
Vr. Con Discap 100%	3,0	\$	875.783	\$	2.627.350	
Vr. Con Discap 70%	0,0	\$	613.048	\$	0	
Dotacion emergencia y otros gastos ONG						\$ 206.496.999
Sin Disc- Cupo total	178,00	\$	757.407	\$	134.818.446	
Sin Dis- Días parciales	2,00	\$	25.247	\$	50.494	
CD- Cupo Total	73,00	\$	969.038	\$	70.739.774	
CD- Días parciales	27,50	\$	32.301	\$	888.285	
TOTAL SOSTENIMIENTO						\$ 451.795.617
Beca Equivalente al SMMLV						\$ 104.650.975
Cupo SD	124,68	\$	474.500	\$	59.158.288	
Cupo CD	63,92	\$	711.750	\$	45.492.688	
TOTAL FACTURA						\$ 556.446.592

**QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL
QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M /L**

\$ 556.446.592


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

FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL- CEDESOCIAL

Tel: (57-605) 439 41 00 | **Dire:** Calle 15 N° 21-29 Santa Marta, Magdalena, Colombia | **E-mail:** info@cedesocial.org



Santa Marta, 31 de Agosto de 2025

Doctora

LINA MARIA BOTHIA LAGOS

Supervisora del Contrato No.47003932025

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 **AGOSTO 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 marzo del 2025 y agosto 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 Agosto del año 2025, en la ciudad de Santa Marta.



SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C. C. 39.056.381
Revisora Fiscal



Santa Marta, 31 de Agosto de 2025

Doctora

LINA MARIA BOTHIA LAGOS

Supervisora del Contrato No.47003932025

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 **AGOSTO 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

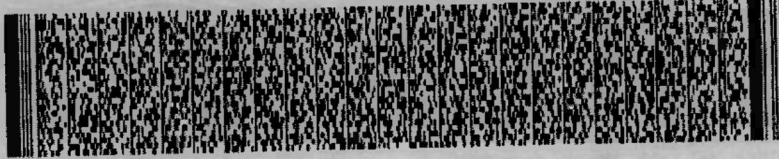
FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1978**

CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-FEB-1997 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2101600-51101581-F-0039056381-20020322 00760020801 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

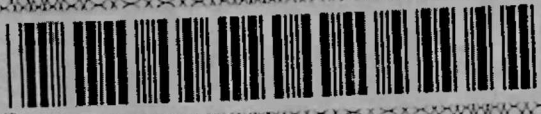
PRESIDENTE *Jaime A. Hernández V.* 90190
JAIME A. HERNANDEZ V.



04/2001-25034

FIRMA DEL TITULAR **840363**

Esta tarjeta es el unico 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 Educacion Nacional - Junta Central de
Contadores.



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:

9004E00916030E78

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