

Yo, **MAGALIS CANDELARIO MARTINEZ**

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: **NIL** No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: **802007962-1**

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE: **CONTRATO** NÚMERO DOCUMENTO FUENTE: **47006452025** FECHA SUSCRIPCIÓN: **31 diciembre 2025**

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: **31 diciembre 2025** HASTA: **31 julio 2026** RÉGIMEN TRIBUTARIO: **NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN: **16 marzo 2026**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A: **Vigencia** PAGO No.: **3** DE **8**

VALOR A PAGAR: **\$ 93.973.500,00** EN LETRAS: **NOVENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS MCTE**

PERÍODO DE PAGO DESDE: **1 febrero 2026** HASTA: **28 febrero 2026**

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	18926	27	C-4602-1500-10-704240-4602014-02	122- APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA	02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	\$ 93.973.500,00

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

2.2 INFORMACIÓN BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO: **BANCOLOMBIA** NÚMERO DE CUENTA: **69200005096** TIPO DE CUENTA: **AHORRO**

3. OBSERVACIONES

(E) ICBF desembolará los recursos aportados en el presente contrato presentando los siguientes documentos: Cuenta de cobro, certificado de honorarios, parafiscales, proveedores, planillas de atención informe técnica, administrativo, legal y financiero con sus anexos donde se pueda verificar el cumplimiento de cada obligación contractual. valor programado a desembolsar la suma de \$ 93.973.500, el operador ejecuto al 100% los cupos.

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR: **\$ -** A **EN LETRAS**

AMORTIZACIÓN ANTICIPO: **\$ -** CUOTA NÚMERO DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO VALOR: **\$ 93.973.500,00**

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA VALOR:

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA VALOR:

TOTAL PAGO CORRIENTE VALOR:

TOTAL A PAGAR (A+B) VALOR: **\$ 93.973.500,00**

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.C.	FIRMA
MAGALIS CANDELARIO MARTINEZ	SUPERVISORA	MAGDALENA	CENTRO ZONAL SANTA MARTA 1	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.C.	FIRMA
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	APOYO FINANCIERO	MAGDALENA	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas		16/03/2026

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURAS

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 EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA



CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO	
Nº. CONTRATO DE APOORTE	ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS
47006452025 31/12/2025	FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CEDESOCIAL, identificada con el NIT N° 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 SEISCIENTOS DOS MILLONES NOVECIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS MCTE (\$602.906.235) .
OBLIGACIONES DEL OPERADOR	FORMA DE DESEMBOLSO: El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) <i>Un (1) desembolso mes vencido</i> por el día 31 de diciembre de 2025, 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), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA: 1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes 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 respectiva relación de inventarios, cuando a ello haya lugar. (ii) Para la vigencia 2026, el ICBF realizará un giro de alistamiento dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero de 2026 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de enero el contratista deberá entregar los siguientes documentos: 1. Certificación Bancaria. 2. Aprobación de Garantía. 3. Acta de Inicio y 4. Los señalados en la Resolución 5360 de 2023, que resulten aplicables. (iii) Seis (6) desembolsos mensuales vencidos para la vigencia 2026, 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), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA: 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 pago 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 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 su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iv) El aporte correspondiente al mes de julio el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, con relación al alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente.
VALOR PARA DESEMBOLSAR	Yo, MAGALI CANDELARIO MARTINEZ en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización de FEBRERO 1-28 de la vigencia 2026, 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.

	Valor Cupo Mes	N° de cupos utilizados totalmente	Valor Para Pagar 100% cupos utilizados	Valor cupos utilizados parcialmente (\$104.415)	Valor total a Pagar cupos no utilizados 70.5% (\$441.675)	Valor Total Ejecutado
	\$626.490	150	\$93.973.500	\$-	\$-	\$93.973.500
En razón a ello, autorizo el pago de NOVENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS MCTE (\$ 93.973.500)						
INFORMACION PRESUPUESTAL	CDP: 18926 COPROMISO: 18926 RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-122 RECURSO: 27					
FECHA CERTIFICACION	DIA: 16		MES: MARZO		AÑO: 2026	



MAGALIS CANDELARIO MARTINEZ

Supervisora de Contrato N°47006452025

Grupo Protección Especial y Autoridades Administrativa

Centro Zonal Santa Marta 1

ICBF Regional Magdalena

Revisó y Aprobó: MAGALIS CANDELARIO– Supervisora de Contrato

Proyecto: Dayanis Mendez – Apoyo Financiero

FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO 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-0027

Fecha :

6/3/2026

Fecha de vencimiento:

6/4/2026

Señores:

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

SANTA MARTA

PRESTACION SERVICIO PUBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR DURANTE **EL MES DE FEBRERO DE 2026**, 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. **47006452025 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2025**.

CUPOS CONTRACTUALES 150

\$ 93.973.500

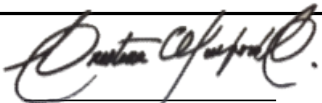
CENTRO ZONAL	USUARIOS ATENDIDOS	INTERVENCIONES REALIZADAS	CUPOS UTILIZADOS
CZ SMR 1	57	319	53
CZ SMR 1 - CAIVAS	47	282	47
CZ SMR 2	52	299	50
COMISARIA DE FAMILIA SUR	-	-	-
TOTAL	156	900	150

Cupos Utilizados	150	\$ 626.490	\$ 93.973.500
Cupos Parciales	-	\$ 104.415	-
Costo Fijo 100%	-	\$ 441.675	-

TOTAL CUENTA DE COBRO \$ 93.973.500

NOVENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

\$ 93.973.500


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

FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL - CEDESOCIAL

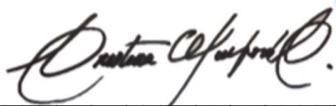
Tel: (57-605) 310 4197012 - 439 41 00 | Dir.: Calle 15 N° 21-29 Santa Marta, Magdalena, Colombia | E-mail: info@cedesocial.org

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 **FEBRERO del año 2026**, 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 **47006452025 del 31 de diciembre de 2025**.

La presente se expide a los 28 días del mes de febrero del año 2026, 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 AGOSTO de 2025 y FEBRERO de 2026**, durante la ejecución del contrato **47006452025 del 31 de diciembre 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 28 días del mes de febrero del año 2026, 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 **FEBRERO del año 2026** durante la ejecución del contrato **47006452025 del 31 de diciembre de 2025**.

La presente se expide a los 28 días del mes de febrero de 2026, 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



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

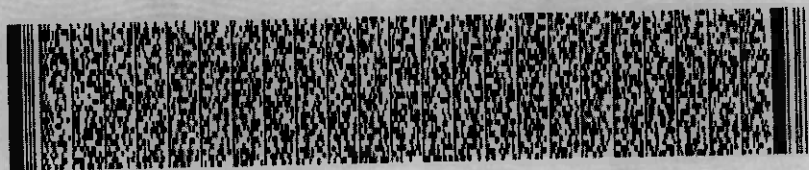
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

INDICE DERECHO



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

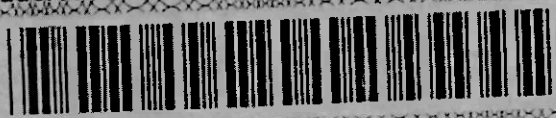


04/2001-25034

040363

FIRMA DEL TITULAR

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:

9075FB83A60EB98A

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 **JORGE NEYID PALMA VARGAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 72334147 de BARRANQUILLA (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 171086-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 29 días del mes de Enero 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

MEMORANDO



Radicado No: 202649300000020453

Para: **ANA PATRICIA PARRA**
Coordinadora Grupo Financiero.

Asunto: Certificación de Cumplimiento del periodo LEGALIZACIÓN FEBRERO 1-28 2026,
Contrato 47006452025 de 31/12/2025

Fecha: 16 de marzo de 2026

Adjunto a la presente, documentos soporte de la legalización de contrato de Aporte N° 47006452025 correspondiente al periodo del asunto, a nombre de La FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CEDESOCIAL identificada con Nit. 802.007.962-1, con el fin de que se proceda a su respectivo pago.

Cordialmente,

MAGALIS CANDELARIO MARTINEZ
Supervisora de Contrato N°47006452025
Centro Zonal Santa Marta 1
Regional Magdalena-ICBF

Anexo: (10) Folios

Aprobó y Revisó: Magali Candelario- Coordinadora Centro Zonal Santa Marta 1
Proyectó: Dayanis Mendez. Profesional de Apoyo Financiero

www.icbf.gov.co

