Yo, **MALVI GUERRA FERNANDEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del PAGO- ACCIONES COMPLEMENTARIA ENERO -2026 , 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 | 47006362025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 31 (día) | diciembre (mes) | 2025 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | HASTA | 31 (día) julio (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO** | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 25 (día) marzo (mes) 2026 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 1 | DE 7 |
| VALOR A PAGAR | $ 11.759.998,00 | EN LETRAS | ONCE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS MCTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) enero (mes) 2026 (año) | HASTA | 30 (día) enero (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 | 18526 | 27 | C-4602-1500-10-704040-4602014-02 | 112-ACCIONES COMPLEMENTARIA | 2-02-02-009-003-03- OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALOJAMIENTO | $ 11.759.998,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 | 69200005095 | TIPO DE CUENTA | MAESTRA |

**3. OBSERVACIONES**

El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato presentando los siguientes documentos: Cuenta de cobro, certificado de honorarios, parafiscales, proveedores,documentos revisor fiscal, se bebe anexar las planillas de atención y las historias clinicas junto con la autorizaciones de la supervisora del contrato de los acompñamientos hospitalarios.

**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 | $ 11.759.998,00 | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 11.759.998,00 | |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| MALVI GUERRA FERNANDEZ | SUPERVISORA | MAGDALENA | Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas | |
| **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 | 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 | | 25/03/2026 |

**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 |
|---|---|---|---|
| | | | |


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** |
| **47006362025 31/12/2025** | **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 **CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS M/CTE ($ 4.758.513.907).** |
| FORMA DE PAGO | FORMA DE DESEMBOLSO: El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) *Un (1) desembolso mes vencido* 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, **MALVI GUERRA FERNANDEZ** en mi calidad de supervisora del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización ACCIONES COMPLEMENTARIA 1-30 ENERO 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.<br><br>El valor para desembolsar es por la suma de **ONCE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS MCTE. ($ 11.759.998)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| INFORMACION PRESUPUESTAL | **CDP:** **18526**<br>**COPROMISO:** **18526**<br>**RUBRO:** C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112<br>**RECURSO:** **27- PROPIOS** | | |
| FECHA CERTIFICACION | DIA: 25 | MES: MARZO | AÑO: 2026 |



**MALVI GUERRA FERNANDEZ**
Supervisora de Contrato N°47006362025
Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas
Regional Magdalena-ICBF

Aprobó y Revisó: Malvi Guerra – Supervisora de contrato
Proyectó: Dayanis Mendez. Profesional de 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

FUNDACIÓN cedesocial IMPULSANDO CALIDAD DE VIDA

**CUENTA DE COBRO :**

**Número :** **HS-SM-067**

**Fecha :** 19/2/2026 **Fecha de vencimiento:** 19/3/2026

**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**

**CONSOLIDADO DE ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO CONTRATO Contrato No. 47006362025**

**ENERO DE 2026**

| CENTRO ZONAL | MADRE SUSTITUTA | NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA, O ADOLESCENTE | ACOMPAÑANTE HOSPITALARIA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **PLATO** | CECILIA GOMEZ MOGRES | ALIANYS ROMERO ESCORCIA | CAMILA ARENAS LOPEZ | $ 840,000 |
| **SANTA MARTA 1** | DEYSIS CORDOBA | LUZ DE LA CRUZ ANTEQUERA | MARIA CAMPO | $ 1,050,000 |
| | | | DUVIS GUTIERREZ FONTALVO | $ 1,190,000 |
| | | | YIRIS JIMENEZ PEREZ | $ 1,050,000 |
| | | | YULIS RODRIGUEZ HENRIQUEZ | $ 1,190,000 |
| | FAYSULI ARRIETA | ROSALIA NUEVITA BACUNA | MARIA MARTINEZ | $ 1,120,000 |
| | | | MARIA CAMPO | $ 210,000 |
| | | | BETSY SURITA | $ 980,000 |
| | MARIA BUENDIA | JANITH DANIBELA MARTINEZ TABOADA | DARLIS VIDES | $ 420,000 |
| | | | ELIS ARIAS MARTINEZ | $ 350,000 |
| | MARTA BAYONA | LORIANNY ANGELICA MARQUINA VIÑA | BETSY SURITA | $ 70,000 |
| | | | DARLIS VIDES | $ 46,666 |

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 DESAROLLO SOCIAL - CEDESOCIAL

*NIT: 802.007.962-1*
*Dirección: Cra. 62 # 64 -46*
Barranquilla, Atlantico, Colombia
Info@cedesocial.org
www.cedesocial.org

FUNDACIÓN cedesocial IMPULSANDO CALIDAD DE VIDA

**CUENTA DE COBRO :**

**Número :** **HS-SM-067**

**Fecha :** 19/2/2026 **Fecha de vencimiento:** 19/3/2026

**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**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **SANTA MARTA 2** | DEISYS CORDOBA | SIMON CUERVO ECHEVERRY | DARLIS ESTHER VIDES | $ | 140,000 |
| | | | ELIS ARIAS MARTINEZ | $ | 140,000 |
| **EL BANCO** | ROSA AMARIS | ANGEL GONZALO DURAN RAMIREZ | ANA FERNANDEZ CERPA | $ | 163,332 |
| | | | EVELIN SARMIENTO | $ | 70,000 |
| **CIENAGA** | GENDY GIL | DANIELA DAZA AWiGUI | DARLIS ESTHER VIDES | $ | 700,000 |
| | | | SOL ANGELA GONZALEZ | $ | 700,000 |
| | | EVELIN DAYANA MACIAS SUAREZ | JOHANA REBOLLEDO ARROLLO | $ | 140,000 |
| | | | YAZMIN ELENA GOMEZ OROZCO | $ | 140,000 |
| | ALBA BOLAÑOS | EUDES RADA MUÑOZ | JOHANA REBOLLEDO ARROLLO | $ | 210,000 |
| | | | YAZMIN ELENA GOMEZ OROZCO | $ | 140,000 |
| | MARLENE CORREA | AYAIR ALBERTO CASTILLO MARIANO | JOHANA REBOLLEDO ARROLLO | $ | 280,000 |
| | | | YAZMIN ELENA GOMEZ OROZCO | $ | 280,000 |
| | SANDRA MANJARREZ | CARLOS JOSE CHIRINO SANTOS | JOHANA REBOLLEDO ARROLLO | $ | 140,000 |

**ONCE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

**$ 11.759.998**

**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

Santa Marta, 31 de Enero de 2026

Doctora
**MALVI GUERRA FERNANDEZ**
Supervisora del Contrato No.47006362025
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 **ENERO de 2026** 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 Agosto del 2025 y Enero del 2026. 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 Enero del año 2026, en la ciudad de Santa Marta.

**SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES**
**C. C. 39.056.381**
**Revisora Fiscal**

Santa Marta, 31 de Enero de 2026

Doctora
**MALVI GUERRA FERNANDEZ**
Supervisora del Contrato No.47006362025
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 **ENERO de 2026**.

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**

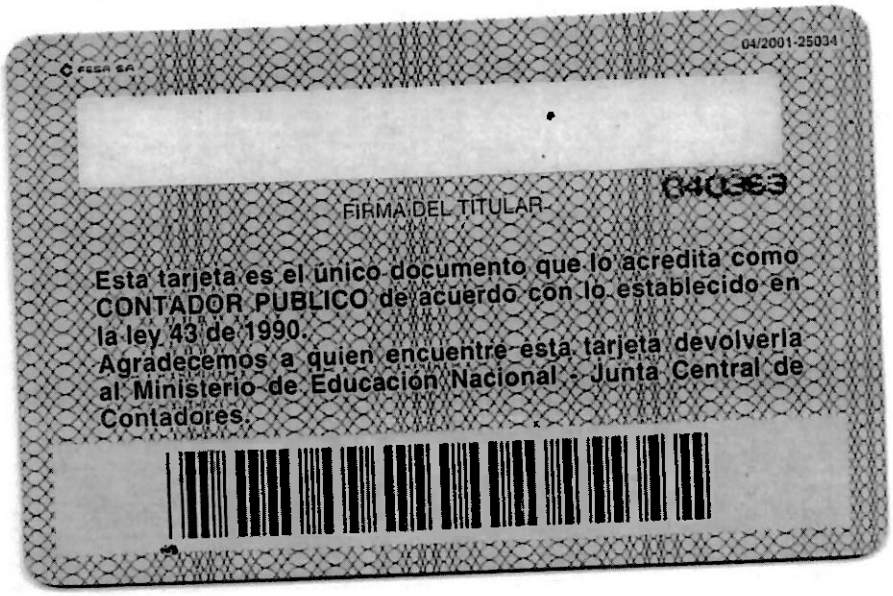


**80971-T**

**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:

4 7 3 A 0 2 9 3 8 9 0 8 B 5 E F

**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 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: 202649300000024583

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

**Asunto:** Certificación de Cumplimiento legalización ACCIONES COMPLEMETARIA MES DE ENERO 2026 Contrato 47006362025 del 30/12/2025

**Fecha:** 26 de marzo de 2026

Adjunto al presente documento soporte de la legalización del contrato de Aporte N 47006362025 correspondiente al periodo arriba referenciado– Referente al desembolso de legalización ACCIONES COMPLEMETARIA MES DE ENERO de Hogar Sustituto de La FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL "CEDESOCIAL" identificado con Nit 802.007.962-1, con el fin de que se proceda a su respectivo pago.

Cordialmente,

**MALVI GUERRA FERNANDEZ**
Supervisora de Contrato N°47006362025
Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas
Regional Magdalena-ICBF

Aprobó y Revisó: Malvi Guerra – Supervisora de contrato
Proyectó: Dayanis Mendez. Profesional de Apoyo Financiero