# MEMORANDO

Radicado No: 202633300000010243

**Para:** LUZ MILA MEDINA ROMERO
Coordinadora del Grupo Financiero

**Asunto:** DESEMBOLSO: AJUSTE ALISTAMIENTO DE VALOR CUPO SEGÚN LA RESOLUCIÓN N 0990 DEL 29 ENERO 2026 DEL CONTRATO DE APORTE 08008422025 H.S

**Fecha:** 07 de abril de 2026

Cordial saludo,

Anexo cuenta para su respectivo trámite:

| No. | CONTRATISTA Y/O PROGRAMA | MES | No. CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **1** | **FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CEDESOCIAL** | CUENTA DE COBRO – AJUSTE ALISTAMIENTO DE VALOR CUPO | **0800842025** |

Despedida,

IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ
Supervisora de contrato de aportes

Anexo: archivo en formato PDF
Aprobó: Irene Masiel Soto Gómez- Supervisora de contrato de aportes
Revisó: Irene Masiel Soto Gómez- Supervisora de contrato de aportes
Proyectó: Silvia Vega Escudero – apoyo a la Supervisión

Yo, **IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ**

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 | FUNDACION 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 | 08008422025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 30 (día) | diciembre (mes) | 2026 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 31 (día) | diciembre (mes) | 2025 (año) | HASTA 30 (día) | julio (mes) | 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO: NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 7 (día) | abril (mes) | 2026 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 1,1 | DE 7 |
| VALOR A PAGAR | $ 169.138.153,00 | EN LETRAS | CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) enero (mes) 2026 (año) | HASTA 31 (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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MODALIDADES DE APOYO Y FORTALECIMIENTO A LA FAMILIA | 1926 | 27 | C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO | 123 MODALIDADES DE ACOGIMIENTO | A-02-02-02-009-003-05 Otros servicios sociales sin alojamiento | $ 169.138.153,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 S.A. | NÚMERO DE CUENTA | 69200005093 | TIPO DE CUENTA | AHORRO |

**3. OBSERVACIONES**

AJUSTE ALISTAMIENTO MES DE ENERO 2026

**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - A | EN LETRAS | | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | CUOTA NÚMERO | | DE | |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

**PAGO CORRIENTE**

| | | |
|---|---|---|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | $ 169.138.153,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 169.138.153,00 |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 169.138.153,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ | PROFESIONAL UNIVERSITARIO - SUPERVISORA | ATLANTICO | GRUPO ASISTENCIA TECNICA | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| WILMER DE JESUS BENAVIDES RODRIGUEZ | FINANCIERA GRUPO ASISTENCIA TECNICA | ATLANTICO | GRUPO ASISTENCIA TECNICA | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ | GRUPO ASISTENCIA TECNICA | | 7/04/2026 |

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

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

DEHM – 0426 – 001

Barranquilla, 01 de abril de 2026 Doctora
TATIANA NIETO SOLANO
Coordinadora Grupo de Asistencia Técnica
ICBF REGIONAL ATLANTICO
Ciudad

**Asunto**: **CUENTA DE COBRO AJUSTE GIRO DE ALISTAMIENTO**

*REF:* **CONTRATO 08008422025**

Por medio de la presente envió Cuenta de Cobro del contrato 08008422025 por la prestación de servicios como operador del Bienestar Familiar en la Modalidad de HOGAR SUSTITUTO.

Cordial saludo,

**CRISTIAN MULFORD CASTRO**
Gerente General
Cel.: ***320-5439743***
e-mail: ***cristian.mulford@cedesocial.org***

Folios: ( 11 )

# FUNDACION CENTRO DE DESSAROLLO SOCIAL- CEDESOCIAL

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

FUNDACIÓN cedesocial IMPULSANDO CALIDAD DE VIDA

## CUENTA DE COBRO

**Número :** **HS 063**

**Fecha :** 01/04/2026 **Fecha de vencimiento:** 30/04/2026

**Señores:**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** **BARRANQUILLA ATLANTICO**
**NIT: 899999.239-2**
**Dirección: Carrera 46 # 61 - 15**
**Teléfono: 57(605) 385 30 84**

**PRESTACION SERVICIO PUBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR DE HOGARES SUSTITUTOS PARA ATENCION DE NNA CON DISCAPACIDAD, SIN DISCAPACIDAD QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE AMENAZA O VULNERABILIDAD DE SUS DERECHOS.**
**CORRESPONDIENTE AL AJUSTE DE VALOR COSTO CUPO 2026 - CONTRATO ICBF-08008422025** **$ 169.138.153,00**

| Modalidad | CZ | CUPOS | Ajuste al Valor Cupo 2026 | HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN $ 91.999.716 |
|---|---|---|---|---|
| HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN | NCH | 80,00 | $ 264.367 | $ 21.149.360 |
| | SOC | 53,00 | $ 264.367 | $ 14.011.451 |
| | SOR | 65,00 | $ 264.367 | $ 17.183.855 |
| | HIPO | 75,00 | $ 264.367 | $ 19.827.525 |
| | BAR | 20,00 | $ 264.367 | $ 5.287.340 |
| | SB GDE | 20,00 | $ 264.367 | $ 5.287.340 |
| | SBLA | 35,00 | $ 264.367 | $ 9.252.845 |

| Modalidad | CZ | CUPOS | Ajuste al Valor Cupo 2026 | HOGAR SUSTITUTO ONG - DISCAPACIDAD $ 77.138.438 |
|---|---|---|---|---|
| HOGAR SUSTITUTO ONG - DISCAPACIDAD | NCH | 53,00 | $ 342.838 | $ 18.170.388 |
| | SOC | 42,00 | $ 342.838 | $ 14.399.175 |
| | SOR | 33,00 | $ 342.838 | $ 11.313.638 |
| | HIPO | 43,00 | $ 342.838 | $ 14.742.013 |
| | BAR | 10,00 | $ 342.838 | $ 3.428.375 |
| | SB GDE | 21,00 | $ 342.838 | $ 7.199.588 |
| | SBLA | 23,00 | $ 342.838 | $ 7.885.263 |

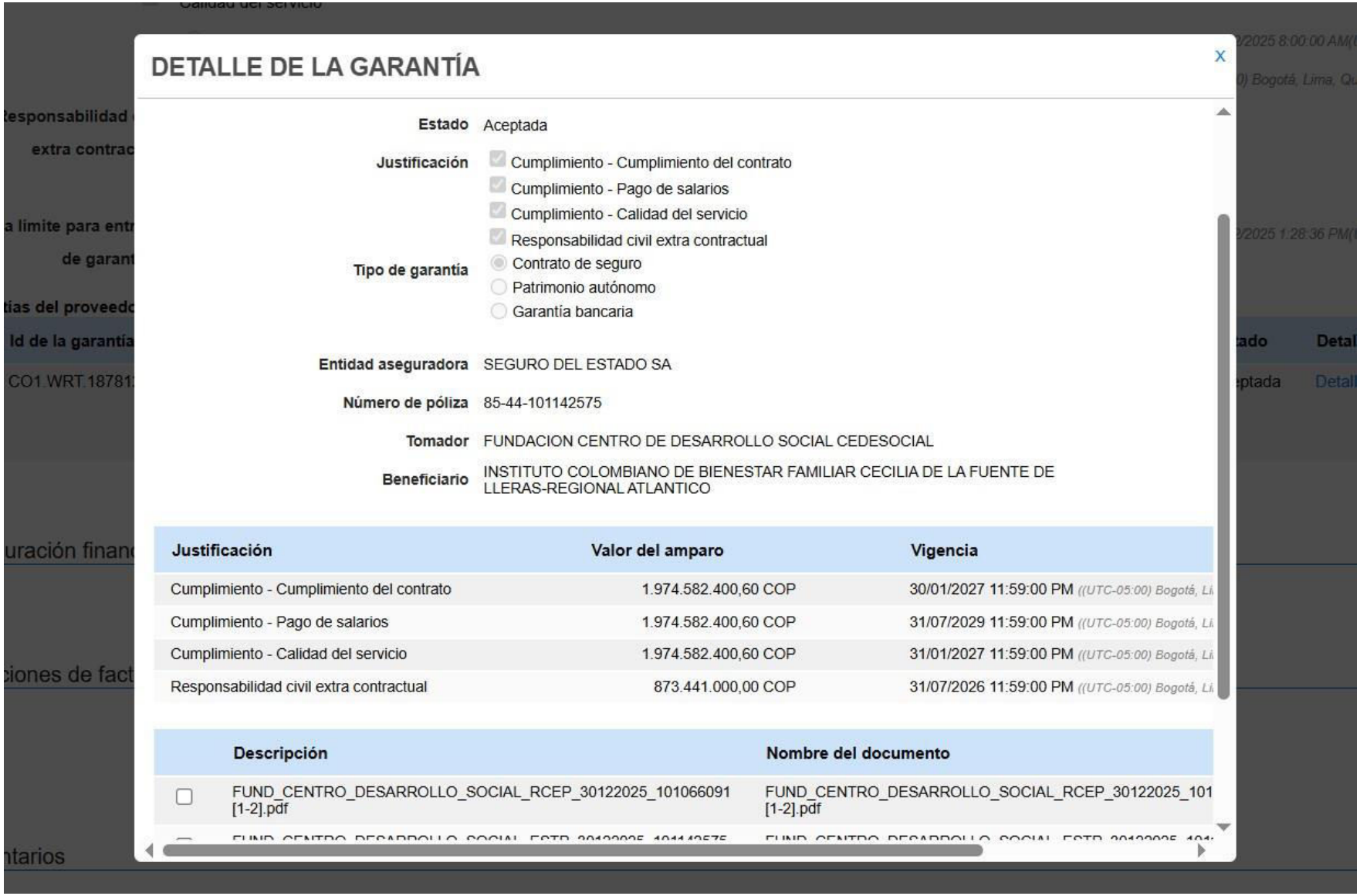
**TOTAL CUENTA DE COBRO** **$ 169.138.153,00**

**CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE** **$ 169.138.153,00**

Firma del proveedor del Servicio

Firma del Receptor del Servicio

Gracias por hacer negocios con nosotros.
Somos una Entidad sin Animo de Lucro pertenecientos al RTE - NO hacer retencion en la Fuente
Si usted tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto correo: Jorge.palma@cedesocial.org.



# DETALLE DE LA GARANTÍA

**Estado** Aceptada

**Justificación**
- [x] Cumplimiento - Cumplimiento del contrato
- [x] Cumplimiento - Pago de salarios
- [x] Cumplimiento - Calidad del servicio
- [x] Responsabilidad civil extra contractual

**Tipo de garantía**
- (•) Contrato de seguro
- ( ) Patrimonio autónomo
- ( ) Garantía bancaria

**Entidad aseguradora** SEGURO DEL ESTADO SA

**Número de póliza** 85-44-101142575

**Tomador** FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CEDESOCIAL

**Beneficiario** INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS-REGIONAL ATLANTICO

| Justificación | Valor del amparo | Vigencia |
|---|---|---|
| Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | 1.974.582.400,60 COP | 30/01/2027 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Li |
| Cumplimiento - Pago de salarios | 1.974.582.400,60 COP | 31/07/2029 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Li |
| Cumplimiento - Calidad del servicio | 1.974.582.400,60 COP | 31/01/2027 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Li |
| Responsabilidad civil extra contractual | 873.441.000,00 COP | 31/07/2026 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Li |

| | Descripción | Nombre del documento |
|---|---|---|
| [ ] | FUND_CENTRO_DESARROLLO_SOCIAL_RCEP_30122025_101066091 [1-2].pdf | FUND_CENTRO_DESARROLLO_SOCIAL_RCEP_30122025_101 [1-2].pdf |

# CERTIFICACIÓN USO ADECUADO GIRO DE ALISTAMIENTO

Los Suscritos NAZLY MULFORD ROMANOS**,** obrando como Representante Legal y el Suscrito Contador Público, **JORGE PALMA VARGAS**, obrando como Contador, identificados como aparecen al pie de sus firmas, personas mayores de edad de la **ONG FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL – CEDESOCIAL**, identificada con NIT. **802.007.962-1;** manifestamos que esta entidad ha realizado uso adecuado del Giro de alistamiento entregado en el mes de enero de 2026.

La presente, se expide a los 01 días del mes de abril del año 2026**.**

**NAZLY MULFORD ROMANOS**
**C. C. 39.087.175**

**JORGE PALMA VARGAS**
**C. C. 72.334.147**

# Certificado Bancario

Viernes, 6 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CE identificado(a) con NIT 802007962, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 69200005093 | 2025/11/25 | CONTROL CUENTA MAESTRA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

# CERTIFICADO DE APORTE PARAFISCALES

La Suscrita Contador Público, **SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES,** identificada 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 concepto de pago de sus obligaciones con los Sistemas de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales); Aportes Parafiscales (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 octubre 2025 y marzo de 2026.Lo anterior, para darle 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 01 días del mes de abril del año 2026, en la ciudad de Barranquilla.

**SILVANA CONSUELO GOMEZ**
**Cc 39.056.381**

**Revisora Fiscal**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39056381

GOMEZ URIELES
APELLIDOS

SILVANA CONSUELO
NOMBRES

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

USO EXCLUSIVO DE CEDESOCIAL

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

FIRMA DEL TITULAR

040363

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.

USO EXCLUSIVO DE CEDESOCIAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

473A029389D8B5EF

**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

***CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO***
***PAGO A PROVEEDORES***

Yo, **SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES** identificada con C. C. **39.056.381** de la ciudad de Ciénaga- Magdalena, 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 en el mes de marzo del año 2026, por todo concepto con los siguientes proveedores:

- DROGAS S&S SAS
- VIOLOGIKA-PHARMA SAS
- DISTRIBUCIONES MEDICAS EDGAR RANGEL



**Silvana Consuelo Gómez Urieles**
**C. C. 39.056.381**
**Revisora Fiscal**

## ACTA DE INICIO DE CONTRATO

En Barranquilla, el día 02 del mes de enero del 2026, se reunieron: **NAZLY DEL CARMEN MULFORD ROMANOS**, con cedula de ciudadanía #39.087.175 de Barranquilla, quien obra en representación, de la **FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL – SIGLA: FUNDACIÓN CEDESOCIAL,** Nit 802.007.962-1 y **IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ,** con cédula de ciudadanía #55.230.622 de Barranquilla (Atlántico) en calidad de Supervisor por parte del I.C.B.F, con el fin de suscribir la presente **ACTA DE INICIO** del Contrato iniciando su ejecución a partir de la fecha señalada a continuación, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

| **CONTRATO N.º:** | 08008422025 | **FECHA DE CONTRATO:** | **DÍA: 31** | **MES:** 12 | **AÑO:** 2025 |
|---|---|---|---|---|---|

| **CLASE DE CONTRATO** | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato de Obra | | Convenio Interadministrativo | |
| Contrato de Consultoría | | Contrato de Suministro | |
| Contrato de Prestación de Servicios | | Contrato de Comodato | |
| Contrato de Compraventa | | Otro (Cual): Contrato de Aporte | **X** |

| **OBJETO CONTRACTUAL** |
|---|
| BRINDAR ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO ONG - VULNERACIÓN / ACOGIMIENTO FAMILIAR HOGAR SUSTITUTO ONG VULNERACIÓN, HOGAR SUSTITUTO ONG - DISCAPACIDAD / ACOGIMIENTO FAMILIAR - HOGAR SUSTITUTO ONG DISCAPACIDAD, DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF. |

| **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA** | |
|---|---|
| **FUNDACIÓN CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL – SIGLA: FUNDACIÓN CEDESOCIAL** | |
| C. C. No 39.087.175 | NIT N.º: 802.007.962-1 |

| **VALOR** |
|---|
| En Números: $ 9.872.912.003,00 COP |
| NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL TRES PESOS M/CTE. |

| **PLAZO** |
|---|

| |
|---|
| El plazo de ejecución del convenio será hasta el 31 de julio de 2026, contados a partir de la suscripción del convenio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.<br><br>**FECHA DE INICIO:** 31 de diciembre de 2025.<br>**FECHA DE TERMINACION:** 31 de julio de 2026. |
| **SUPERVISOR O INTERVENTOR** |
| Nombre: **IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ** |
| Dependencia: GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS |

Al suscribir el Acta de Inicio, la señora **NAZLY DEL CARMEN MULFORD ROMANOS** ratifica su compromiso de atender diligente y oportunamente las obligaciones estipuladas en el **Contrato de Aportes No. 08008422025 del 31 de diciembre de 2025**, y demás actividades tendientes al cumplimiento de este.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente por quienes en ella intervinieron el 02 de enero de 2026.

Por parte del SUPERVISOR

**IRENE MASIEL SOTO GÓMEZ**
Supervisor Contrato ICBF
Regional Atlántico

Por parte del CONTRATISTA:

**NAZLY MULFORD ROMANOS**
Representante Legal
Fundación Cedesocial