

MEMORANDO



Radicado No: 202649300000029223

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

Asunto: Certificación de Cumplimiento legalización RESERVA DICIEMBRE 2025 Contrato 47006362025 del 30/12/2025

Fecha: 10 de abril 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 CUOTA SOSTENIMIENTO Y BECA 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

www.icbf.gov.co



Yo, MALVI GUERRA FERNANDEZ																																																							
en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del PAGO- RESERVA 31/12/2025 , 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																																																					
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE		CONTRATO NÚMERO DOCUMENTO FUENTE																																																					
PLAZO DE EJECUCIÓN		FECHA SUSCRIPCIÓN																																																					
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN		RÉGIMEN TRIBUTARIO																																																					
2. DATOS DEL PAGO																																																							
PAGO CON CARGO A:		Reserva presupuestal																																																					
VALOR A PAGAR		PAGO No. DE																																																					
PERIODO DE PAGO		EN LETRAS																																																					
2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL																																																							
<table><thead><tr><th>DESCRIPCION DEL RUBRO</th><th>RPC</th><th>RECURSO</th><th>IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL</th><th>DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO</th><th>USO PRESUPUESTAL</th><th>VALOR A PAGAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</td><td>234925</td><td>21</td><td>C-4603-1500-10-704040-4602014-02</td><td>123-VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD</td><td>2-02-02-009-003-03- OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALIQUOTAMIENTO</td><td>\$ 21.281.372,00</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>							DESCRIPCION DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	234925	21	C-4603-1500-10-704040-4602014-02	123-VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD	2-02-02-009-003-03- OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALIQUOTAMIENTO	\$ 21.281.372,00																																			
DESCRIPCION DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR																																																	
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	234925	21	C-4603-1500-10-704040-4602014-02	123-VULNERABILIDAD O ADOPTABILIDAD	2-02-02-009-003-03- OTROS SERVICIOS SOCIALES CON ALIQUOTAMIENTO	\$ 21.281.372,00																																																	
2.2 INFORMACIÓN BANCARIA																																																							
CONSIGNAR EN EL BANCO:		BANCOLOMBIA NÚMERO DE CUENTA																																																					
		6920005095 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, 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 \$ 21.281.372,este valor corresponde a la reserva presupuestal del 31/12/2025.																																																							
4. ANTICIPOS																																																							
VALOR A PAGAR		A EN LETRAS																																																					
AMORTIZACIÓN ANTICIPO		CUOTA NÚMERO DE																																																					
5. APLICACIÓN DEL PAGO																																																							
PAGO CORRIENTE		VALOR																																																					
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO		VALOR																																																					
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA		VALOR																																																					
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA		VALOR																																																					
TOTAL PAGO CORRIENTE		B																																																					
TOTAL A PAGAR (A+B)		VALOR:																																																					
<table><thead><tr><th colspan="5">SUPERVISORES, INTERVENTORES O INTERLOCUTORES DEL CONTRATO</th></tr><tr><th>NOMBRE</th><th>CARGO</th><th>DIRECCIÓN REGIONAL / SDS</th><th>ÁREA O C.E.</th><th>FIRMA</th></tr></thead><tbody><tr><td>MALVI GUERRA FERNANDEZ</td><td>SUPERVISORA</td><td>MAGDALENA</td><td>Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas</td><td><i>[Firma]</i></td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><th colspan="5">FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL</th></tr><tr><th>NOMBRE</th><th>CARGO</th><th>DIRECCIÓN REGIONAL</th><th>ÁREA O C.E.</th><th>FIRMA</th></tr><tr><td>DAYANIS MENDEZ CERVANTES</td><td>APOYO FINANCIERO</td><td>MAGDALENA</td><td>Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas</td><td><i>[Firma]</i></td></tr></tbody></table>							SUPERVISORES, INTERVENTORES O INTERLOCUTORES DEL CONTRATO					NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDS	ÁREA O C.E.	FIRMA	MALVI GUERRA FERNANDEZ	SUPERVISORA	MAGDALENA	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	<i>[Firma]</i>											FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL					NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA	DAYANIS MENDEZ CERVANTES	APOYO FINANCIERO	MAGDALENA	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	<i>[Firma]</i>									
SUPERVISORES, INTERVENTORES O INTERLOCUTORES DEL CONTRATO																																																							
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDS	ÁREA O C.E.	FIRMA																																																			
MALVI GUERRA FERNANDEZ	SUPERVISORA	MAGDALENA	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	<i>[Firma]</i>																																																			
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL																																																							
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA																																																			
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	APOYO FINANCIERO	MAGDALENA	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	<i>[Firma]</i>																																																			
<table><thead><tr><th colspan="4">RESPONSABLE DEL VIGADO DE PAE</th></tr><tr><th>NOMBRE</th><th>ÁREA</th><th>FIRMA</th><th>FECHA (dd/mm/aaaa)</th></tr></thead><tbody><tr><td>DAYANIS MENDEZ CERVANTES</td><td>Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas</td><td><i>[Firma]</i></td><td>9/04/2025</td></tr></tbody></table>							RESPONSABLE DEL VIGADO DE PAE				NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)	DAYANIS MENDEZ CERVANTES	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	<i>[Firma]</i>	9/04/2025																																					
RESPONSABLE DEL VIGADO DE PAE																																																							
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)																																																				
DAYANIS MENDEZ CERVANTES	Grupo de Protección Especial y Autoridades Administrativas	<i>[Firma]</i>	9/04/2025																																																				
<table><thead><tr><th colspan="4">ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORIAS</th></tr><tr><th colspan="4">RECEPCIÓN DOCUMENTOS</th></tr><tr><th>NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA</th><th>FECHA DE RECEPCIÓN</th><th>HORA DE RECEPCIÓN</th><th>FIRMA</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><th colspan="4">DEVOLUCIONES</th></tr><tr><th>NOMBRE QUIÉN DEVOLUVE</th><th>FECHA DE DEVOLUCIÓN</th><th>HORA DE RECEPCIÓN</th><th>FIRMA</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><th colspan="4">RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN</th></tr><tr><th>NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA</th><th>FECHA DE RECEPCIÓN</th><th>HORA DE RECEPCIÓN</th><th>FIRMA</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>							ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORIAS				RECEPCIÓN DOCUMENTOS				NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA					DEVOLUCIONES				NOMBRE QUIÉN DEVOLUVE	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													
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADORIAS																																																							
RECEPCIÓN DOCUMENTOS																																																							
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA																																																				
DEVOLUCIONES																																																							
NOMBRE QUIÉN DEVOLUVE	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																																																				

CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO	
Nº. CONTRATODE APOORTE	ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS
47006362025 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 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	<p>Yo, MALVI GUERRA FERNANDEZ en mi calidad de supervisora del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización DICIEMBRE 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.</p> <p>El valor para desembolsar es VEINTE UN MILLÓN DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCTE. (\$ 21.281.372)</p>
------------------------	--

INFORMACION PRESUPUESTAL	CDP: 81225			
	COPROMISO: 234925			
	RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-123			
	RECURSO: 21- PROPIOS			
FECHA CERTIFICACION	DIA: 9	MES: ABRIL	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 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 :

HS-SM-063

Fecha :

8/1/2026

Fecha de vencimiento:

8/2/2026

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 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 31 DEL MES DE DICIEMBRE 2025 - CONTRATO ICBF- 47006362025

Sostenimiento					\$ 8,344,000
Sin Disc- Cupo total	210.0	\$	840,000	\$ 5,880,000	
Sin Disc- Días parciales	0.0	\$	28,000	\$ 0	
CD- Cupo Total	77.0	\$	960,000	\$ 2,464,000	
CD- Días parciales	0.0	\$	32,000	\$ 0	
Cupos no Utilizados					\$ 0
Vr. Sin Discap 100%	0.0	\$	714,041	\$ 0	
Vr. Sin Discap 70%	0.0	\$	499,829	\$ 0	
Vr. Con Discap 100%	0.0	\$	875,783	\$ 0	
Vr. Con Discap 70%	0.0	\$	613,048	\$ 0	
Dotacion emergencia y otros gastos ONG					\$ 7,789,047
Sin Disc- Cupo total	210.00	\$	757,407	\$ 5,301,849	
Sin Dis- Días parciales	0.00	\$	25,247	\$ 0	
CD- Cupo Total	77.00	\$	969,038	\$ 2,487,198	
CD- Días parciales	0.00	\$	32,301	\$ 0	
TOTAL SOSTENIMIENTO					\$ 16,133,047
Beca Equivalente al SMMLV					\$ 5,148,325
Cupo SD	210.00	\$	474,500	\$ 3,321,500	
Cupo CD	77.00	\$	711,750	\$ 1,826,825	
TOTAL FACTURA					\$ 21,281,372

VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

\$ 21,281,372

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



Santa Marta, 31 de Diciembre de 2025

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 **DICIEMBRE 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 Julio del 2025 y Diciembre 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 Diciembre del año 2025, en la ciudad de Santa Marta.

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C. C. 39.056.381
Revisora Fiscal



Santa Marta, 31 de Diciembre de 2025

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 **DICIEMBRE 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




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

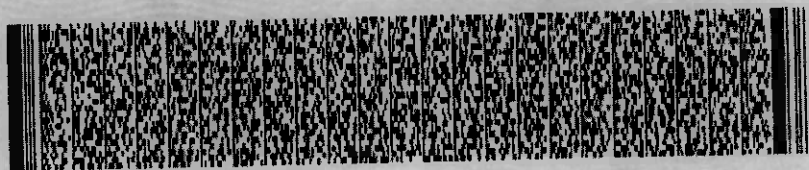
CIENAGA
 (MAGDALENA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

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 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

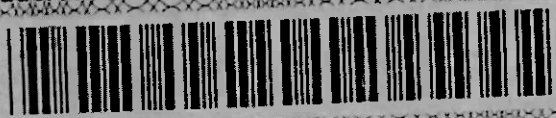
PRESIDENTE *Jaime A. Hernández V.* 90190



04/2001-25034

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.



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

473H0293890865EF

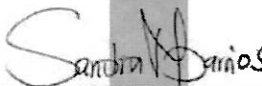
**LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**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