MEMORANDO

Radicado No: 202649300000044413

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

Asunto: Certificación de Cumplimiento del periodo LEGALIZACIÓN ABRIL 1-30 2026, Contrato 47006452025 de 31/12/2025

Fecha: 19 de mayo 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: IRIS NARVAEZ- Coordinadora Centro Zonal Santa Marta 1
Proyectó: Dayanis Mendez. Profesional de Apoyo Financiero

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	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	802007962-1		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	47006452025	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			15 (día) mayo (mes) 2026 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 6	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 (día) abril (mes) 2026 (año)	HASTA	30 (día) abril (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	18926	27	C-4602-1500-10-704040-4602014-02	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 INFORMACION BANCARIA

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

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 $ 93.973.500, el operador ejecuto al 100%.

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	$ 93.973.500,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR		B
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.Z.	FIRMA
MAGALIS CANDELARIO MARTINEZ	SUPERVISORA	MAGDALENA	CENTRO ZONAL SANTA MARTA 1	
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		15/05/2026

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. CONTRATO DE APORTE	**ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIOS**
47006452025 **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 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)** *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, **MAGALIS CANDELARIO MARTINEZ** en mi calidad de supervisor del documento relacionado a continuación certifico para efectos de la legalización de ABRIL 1-30 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.

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>Valor Cupo Mes</th><th>N° de cupos utilizados totalmente</th><th>Valor Para Pagar 100% cupos utilizados</th><th>Valor cupos utilizados parcialmente ($104.415)</th><th>Valor total a Pagar cupos no utilizados 70.5% ($441.675)</th><th>Valor Total Ejecutado</th></tr>
<tr><td>$626.490</td><td>150</td><td>$93.973.500</td><td><b>$-</td><td>$-</td><td>$93.973.500</td></tr>
</table>

En razón a ello, autorizo el pago de NOVENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS MCTE ($ 93.973.500)</td></tr>
<tr><td>INFORMACION PRESUPUESTAL</td><td>CDP: 18926
COPROMISO: 18926
RUBRO: C-4602-1500-10-704040-4602014-02-122
RECURSO: 27</td></tr>
<tr><td>FECHA CERTIFICACION</td><td>DIA: 15</td><td>MES: MAYO</td><td>AÑO: 2026</td></tr>
</table>

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: IRIS NARVAEZ– Supervisora de Contrato
Proyecto: Dayanis Mendez – 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

CUENTA DE COBRO :

Número : **IAP-SM-0030**

Fecha : **8/5/2026** **Fecha de vencimiento:** **9/5/2026**

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 ABRIL 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	70	390	65
CZ SMR 1 - CAIVAS	51	297	50
CZ SMR 2	38	213	36
COMISARIA DE FAMILIA SUR	-	-	-
TOTAL	**159**	**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

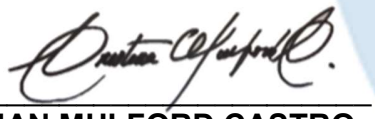
Si usted tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto correo: jorge.palma@cedesocial.org, dirección: Cra 62 # 64 -46 Barranquilla- Atlantico

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 **ABRIL 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 (30) días del mes de abril 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 NOVIEMBRE de 2025 y ABRIL 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 (30) días del mes de abril 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 **ABRIL del año 2026** durante la ejecución del contrato **47006452025 del 31 de diciembre de 2025.**

La presente se expide a los (30) días del mes de abril 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





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

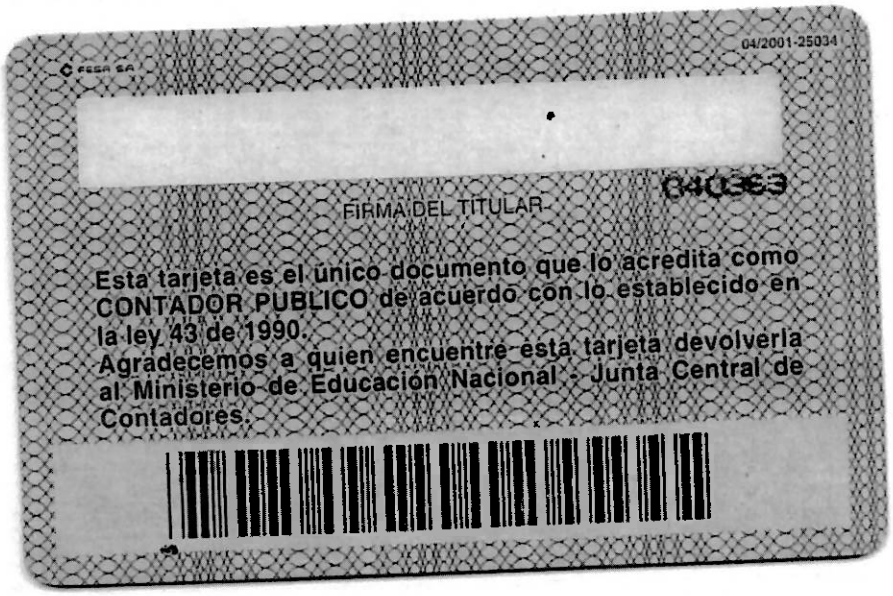


80971-T

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:

CEF8069B8F85FB24

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 * * *