

**MEMORANDO**



Radicado No: 202633300000022223

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

**Asunto:** **DESEMBOLSO : EJECUCION DEL MES MAYO 2026 DEL  
CONTRATO DE APOORTE 08008362025 APOYO PSICOSOCIAL**

**Fecha:** 24 de junio de 2026

Cordial saludo,

Anexo cuenta para su respectivo trámite:

No.	CONTRATISTA Y/O PROGRAMA	MES	No. CONTRATO
<b>1</b>	<b>FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL CEDESOCIAL</b>	<b>CUENTA DE COBRO – EJECUCION DE MAYO 2026</b>	<b>08008362025</b>

  
**MARIA CONCEPCION ESCORCIA MUÑOZ-**  
Supervisora de contrato de aportes(E)

Aprobó: Irene Massiel Soto Gómez- Supervisora de contrato de aportes  
Revisó: Irene Massiel Soto Gómez- Supervisora de contrato de aportes  
Proyectó: Silvia Vega Escudero - apoyo a la Supervisión

[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)

 @icbfcolombiaoficial

 @ICBFColombia

 @icbfcolombiaoficial

 ICBFColombia

Yo, **MARIA CONCEPCION ESCORCIA MUNOZ**  
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	08008362025	FECHA SUSCRIPCIÓN	29	diciembre 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE	30	diciembre	2025	HASTA	31 julio 2026
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	24		Junio	2026		
RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO					

2. DATOS DEL PAGO	
PAGO CON CARGO A:	Vigencia
PAGO No:	6 DE 7
VALOR A PAGAR	\$ 81.443.700,00
EN LETRAS	OCHENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 30 mayo 2026 HASTA 31 mayo 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	1826	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	\$ 81.443.700,00

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	69200005094
TIPO DE CUENTA	AHORRO		

3. OBSERVACIONES	

4. ANTICIPOS	
VALOR A PAGAR	\$ - A EN LETRAS
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ - CUOTA NÚMERO DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO	
PAGO CORRIENTE	VALOR \$ 81.443.700,00
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR \$ 81.443.700,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR \$ 81.443.700,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARIA CONCEPCION ESCORCIA MUNOZ	PROFESIONAL UNIVERSITARIO - SUPERVISORA	ATLANTICO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	<i>Maria Concepcion Munoz</i>
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	<i>Wilmer Benavides R.</i>

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
MARIA CONCEPCION ESCORCIA MUNOZ	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	<i>Maria Concepcion Munoz</i>	24/06/2026
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

DEHM – 0626– 005

Barranquilla, 04 de junio de 2026

Doctora  
TATIANA NIETO SOLANO  
Coordinadora Grupo de Asistencia Técnica  
ICBF REGIONAL ATLANTICO  
Ciudad

**Asunto: CUENTA DE COBRO**

*REF: CONTRATO DE APORTES 08008362025*

Por medio de la presente, me permito enviarle Cuenta De Cobro por la prestación de Servicio como operador del Bienestar Familiar en la modalidad de INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL correspondiente al mes de mayo 2026.

Cordial saludo,



**CRISTIAN MULFORD CASTRO**  
Gerente General  
Cel.: **320-5439743**  
e-mail: [cristian.mulford@cedesocial.org](mailto:cristian.mulford@cedesocial.org)

Folios: ( 10 )

# FUNDACION CENTRO DE DESSAROLLO 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 034

Fecha :

3/06/2026

Fecha de vencimiento:

30/06/2026

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT: 899999.239-2

Dirección: Carrera 46 # 61 - 15

Teléfono: 57(605) 385 30 84

BARRANQUILLA BARRANQUILLA

PRESTACION SERVICIO PUBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR 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.

\$ 81.443.700,00

CORRESPONDIENTE AL MAYO 2026- CTO 8008362025

Cupos de Intervencion de Apoyo Psicosocial

\$ 81.443.700

CENTRO ZONAL	CUPOS CONTRACTUAL	INTERVENCIONES CONTRACTUALES	INTERVENCIONES REALIZADAS	CUPOS UTILIZADOS	CUPOS NO UTILIZADOS
NORTE CENTRO HISTÓRICO	20	120	288	48	-28
SUROCCIDENTE	110	660	492	82	28
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>780</b>	<b>780</b>	<b>130</b>	<b>0</b>

Cupos Utilizados 130,00 \$ 626.490 \$ 81.443.700

Costo Fijo 0,00 \$ 441.675 \$ -

**TOTAL CUENTA DE COBRO \$ 81.443.700,00**

OCHENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

\$ 81.443.700,00

  
Firma del proveedor del Servicio

\_\_\_\_\_  
Firma del Receptor del Servicio

Gracias por hacer negocios con nosotros.  
Somos una entidad sin ánimo de lucro pertenecientes al RTE - NO hacer retencion en la Fuente  
Si usted tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto correo: Jorge.palma@cedesocial.org, direccion: Cra 62 # 64 -46 Barranquilla- Atlantico

FUNDACION CENTRO DE DESARROLLO SOCIAL- CEDESOCIAL

Tel: (57-605) 343 42 84 | Dire: Cra 64 # 64 -46 Barranquilla, Atlantico, Colombia | E-mail: info@cedesocial.org

## **CERTIFICADO DE CUPOS CONTRATO 08008362025**

Yo, NAZLY MULFORD ROMANOS, identificada con C.C. 39.087.175, 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 Mayo del año 2026; se atendieron en la Modalidad INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL, bajo el Contrato 08008362025 del 29 de diciembre del 2025, un total de cupos distribuidos de la siguiente manera:

<b>CUPOS IAP</b>	
Cupos Contratados	130
Utilizados	130
No utilizados	0
NUMERO DE ATENCIONES	780

Atentamente,



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

## **CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES**

La Suscrita 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 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 diciembre 2025 y mayo 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**.

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
ESTHER LUCIA HOYOS DORIA	50.915.325
DIANA FORERO	52541044
SAYDIN CECILIA ACOSTA GOMEZ	32.760.170
OSMALIA GOMEZ	1048216007
DAYANARIS MARTINEZ	32753229
KATHERINE ZURITA	1045673446
LUZ MARINA FONSECA	32726023
JESUS ALBERTO GUTIERREZ	1140859308
CECILIA YANETH MARTINEZ	22384916
LILIANA ROMERO ROMERO	1040842605
LORENA BARIOS CASTAÑEDA	1129540548



La presente, se expide a los 02 días del mes junio del año 2026, en la ciudad de Barranquilla.

*Silvana Gomez Urieles*

**SILAVANA CONSUELO GOMEZ URIELES**  
**C. C. 39.056.381**  
**Revisor Fiscal**

## **CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE 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, por todo concepto con todos sus Proveedores de Bienes y Servicios, con corte del mes de mayo del año 2026.

Atentamente,



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

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES**



Certificado No:

PP4925089170EPH4

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 20 días del mes de Abril 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](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado

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

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
MAN GUQUE ESCOBAR



A-2191600-51101581-F-0039056381-20020322      00760 C20801 02 110086025

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES  
TARJETA PROFESIONAL  
DE CONTADOR PUBLICO**

**80971-T**

SILVANA CONSUELO  
GOMEZ URRELES  
C.C. 39054381

RESOLUCION INSCRIPCION 118    FECHA 23/08/2001  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE

PRESIDENTE *Juan Hernández*  
JUAN A. HERNANDEZ V. 90190



FIRMA DEL TITULAR 040363

Esta tarjeta es el único 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  
Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de  
Contadores

