MEMORANDO

Radicado No: 202649300000091023

Para: **ANA PATRICIA PARRA**
Coordinadora Financiera Regional Magdalena

Asunto: Certificación de Cumplimiento legalización ACCIONES COMPLEMENTARIA MES DE AGOSTO 2026 Contrato 47006362025 del 30/12/2025

Fecha: 22 de septiembre 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 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

Yo, **MALVI GUERRA FERNANDEZ**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del PAGO DE ACCIONES COMPLEMENTARIAS MES DE AGOSTO; 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	30 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			22 (día) septiembre (mes) 2026 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	8 DE 9
VALOR A PAGAR	$ 9.832.884,00	EN LETRAS	NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y6 DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE

PERÍODO DE PAGO DESDE 1 (día) agosto (mes) 2026 (año) HASTA 31 (día) agosto (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	$ 9.832.884,00

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 beb anexar las planillas de atención y las historias clínicas 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	$	9.832.884,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR		B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	9.832.884,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MALVI GUERRA FERNANDEZ	COORDINADORA	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		22/09/2026

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)** OCHO (8) 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-AGOSTO 1-31 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. El valor para desembolsar es por la suma de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y6 DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE. ($ 9.832.884)**

INFORMACION PRESUPUESTAL	**CDP:** **18526** **COPROMISO:** **18526** **RUBRO:** C-4602-1500-10-704040-4602014-02-112 **RECURSO:** **27- PROPIOS**		
FECHA CERTIFICACION	DIA: 22	MES: SEPTIEMBRE	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-094**

Fecha : 10/9/2026 **Fecha de vencimiento:** 10/10/2026

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

SEPTIEMBRE DE 2026

CENTRO ZONAL	MADRE / PADRE SUSTITUTOS	NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA, O ADOLESCENTE	ACOMPAÑANTE HOSPITALARIA	TOTAL
SANTA MARTA 2	NANCY CAMAÑO	JESUS DAVID CASTILLO CASTILLO	BETSY SURITA NORIEGA	$ 350,000
			ELIS ARIAS MARTINEZ	$ 280,000
	NELLY MEDINA	MARIA ELENA GONZALEZ MARTINEZ	ELIS ARIAS MARTINEZ	$ 140,000
	ANA BERNAL CARDOZO	LUIS MIGUEL BONILLA SUAREZ	BETSY SURITA NORIEGA	$ 140,000
			ELIS ARIAS MARTINEZ	$ 140,000
	KATTY LOPEZ GUERRA	ALAN DAVID ATIENZO PIÑA	MARIANA ISELA VILLAR POLO	$ 70,000
	MARELVIS MARTINEZ	ELIAS JUAN RUIZ CUERVO	ELIS ARIAS MARTINEZ	$ 210,000
			MARIANA ISELA VILLAR POLO	$ 175,000
			BETSY SURITA NORIEGA	$ 52,500
PLATO	EMILSE MEDINA	MILAGROS ARAGÓN TORRES	YADIRA ORTEGA CARDONA	$ 140,000
			SHIRLY PEÑA CHAMORRO	$ 145,800
			SHIRLY PEÑA CHAMORRO	$ 122,500

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

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-094**

Fecha : 10/9/2026 **Fecha de vencimiento:** 10/10/2026

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 1	DEYSIS CORDOBA BOLAÑOS	LUZ MARIA DE LA CRUZ ANTEQUERA	GALA HUERTAS TORREGROSA	$ 1,190,000
			KARINA LIZED HERNANDEZ HERNANDEZ	$ 980,000
			YURLEIDYS SARAY SIERRA POSSO	$ 2,170,000
	JULEIDIS ESTEVEZ ALFARO	YIRETH EVANGELINE ARTIAGA MOTA	DARLIS ESTHER VIDES	$ 135,000
			MARLA SUGEY VASQUEZ ZEA	$ 140,000
	ANA BERNAL CARDOZO	JHOSMAN DANIEL REALES BELEÑO	LILIBETH ESTHER RAMIREZ MARTINEZ	$ 177,917
			BETSY SURITA NORIEGA	$ 204,167
EL BANCO	SARITH GAMARRA CALVO	YULEIDIS YISETH ARRIETA GUTIERREZ	ANA FERNANDEZ CERPA	$ 280,000
	ANTONIA MEJIA ROJAS	WUILIANIS VARGAS ZULUAGA	ANA FERNANDEZ CERPA	$ 70,000
	SULMA PARADA RODRIGUEZ	TATIANA MILETH MATTO SERRANO	ANA FERNANDEZ CERPA	$ 140,000

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-094**

Fecha : 10/9/2026 **Fecha de vencimiento:** 10/10/2026

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

CIENAGA	NELSY ARRIETA BORREGO	MARIA GUADALUPE PEÑA BLANCO	YASMIN ELENA GOMEZ OROZCO	$ 70,000
			JOHANA PATRICIA REBOLLEDO ARROLLO	$ 140,000
	MARIA ELENA TORO GOMEZ	LUIS ANGEL PERTUZ MEDINA	YASMIN ELENA GOMEZ OROZCO	$ 210,000
			ANGIE DANIELA VIZCAINO RODRIGUEZ	$ 210,000
	MARIA ELENA TORO GOMEZ	LUIS ANGEL PERTUZ MEDINA	YASMIN ELENA GOMEZ OROZCO	$ 70,000
			JOHANA PATRICIA REBOLLEDO ARROLLO	$ 70,000
	MARIA ELENA TORO GOMEZ	LUIS ANGEL PERTUZ MEDINA	DARLIS ESTHER VIDES	$ 280,000
			MARLA SUGEY VASQUEZ ZEA	$ 210,000
	LAURA PEÑA ARRIETA	KIARA VALENTINA MONTENEGRO VALDEZ	YASMIN ELENA GOMEZ OROZCO	$ 630,000
	GENDY GIL JIMENEZ	DAYANA ANDREA ARRIETA BERRIO	NAYLEA PAOLA AYALA RODRIGUEZ	$ 70,000
			DAYANI PAOLA MARTINEZ OTERO	$ 70,000
			JOHANA PATRICIA REBOLLEDO ARROLLO	$ 350,000
				$ 9,832,884

NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/L

$ 9,832,884

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 agosto 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 **AGOSTO 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 marzo del 2026 y agosto 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 Agosto del año 2026, en la ciudad de Santa Marta.

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C. C. 39.056.381
Revisora Fiscal

AL

Santa Marta, 31 de Agosto 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 **AGOSTO de 2026**.

Atentamente,

SILVANA CONSUELO GOMEZ URIELES
C. C. 39.056.381
Revisora Fiscal

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

5C8057E9FA1356E81

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 14 días del mes de Septiembre 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

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
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

27-FEB-1997 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

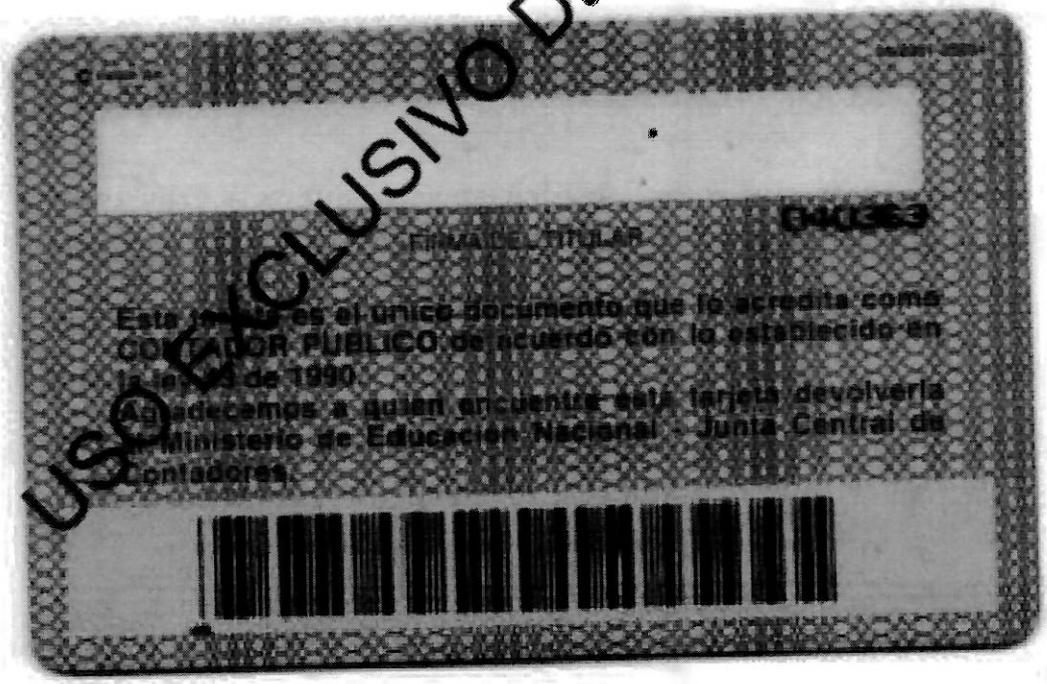
INDICE DERECHO

A-2101500-51101581-F-0039056381-20020322 00750 02080(02 110086025

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 URIBE
C.C. 39084381
RESOLUCION INSCRIPCION 118 FECHA 23/08/2001
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE
PRESIDENTE
90190



040363
FIRMA DEL TITULAR
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 CEDESOCAL