Yo, **Jorge Albeiro Sanchez Lopez**

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 DARNOS LA MANO - FUNDARMAN**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**901612597-1**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	05005472024	FECHA SUSCRIPCIÓN	28 (día)	febrero (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 2 (día) marzo (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			1 (día) agosto (mes) 2024 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4 DE 6
VALOR A PAGAR	$ 128.172.528,00	EN LETRAS	CIENTO VEINTIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M.L

PERÍODO DE PAGO — DESDE 1 (día) agosto (mes) 2024 (año) — HASTA 30 (día) septiembre (mes) 2024 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT	104224	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161	A-02-02-02-009-002-01	$ 128.172.528,00

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:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	NÚMERO DE CUENTA	24131652990	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			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	128.172.528,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	128.172.528,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	128.172.528,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
JORGE ALBEIRO SANCHEZ LOPEZ	SUPERVISOR	REGIONAL ANTIOQUIA	CENTRO ZONAL MAGDALENA MEDIO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
MARITZA RESTREPO HERRERA	ENLACE DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN FINANCIERA	REGIONAL ANTIOQUIA	GRUPO DE ATENCIÓN EN CILOS DE VIDA Y NUTRICIÓN	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

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

LIQUIDACIÓN PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA
MODALIDAD INSTITUCIONAL
VIGENCIA FISCAL 2024

CONTRATISTA	FUNDACION DARNOS LA MANO - FUNDARMAN
CONTRATO No.	05005472024
SERVICIO	CDI CON ARRIENDO-INSTITUCIONAL

CONCEPTO	DETALLE	CUPOS	MESES	FASE CIERRE	VALOR	TOTAL
TALENTO HUMANO	COORDINADOR/A	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 17.124	$ 4.520.736
	DOCENTE	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 127.325	$ 33.613.800
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 12.070	$ 3.186.480
	PROFESIONAL NUTRICIÓN	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 12.070	$ 3.186.480
	AUXILIAR PEDAGÓGICO	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 41.403	$ 10.930.392
	MANIPULADOR DE ALIMENTOS	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 41.403	$ 10.930.392
	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 27.602	$ 7.286.928
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 10.351	$ 2.732.664
	SERVICIOS PÚBLICOS	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 5.040	$ 1.330.560
	MANTENIMIENTO Y ADECUACIONES	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 4.634	$ 1.223.376
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 1.731	$ 456.984
SEGUROS	SEGURO NIÑOS	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE	$ -	$ 964	$ 254.496
DOTACIÓN DE CONSUMO	MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO Y PAPELERÍA	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE	$ -	$ 11.489	$ 3.030.984
	DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE	$ -	$ 3.778	$ 997.392
	ELEMENTOS DE ASEO BIOSEGURIDAD	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE	$ -	$ 3.737	$ 986.568
	ALIMENTACIÓN (RACION SERVIDA)	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE	$ -	$ 139.741	$ 36.891.624
	ARRIENDO	132	AGOSTO-SEPTIEMBRE		$ 25.048	$ 6.612.672
						$ -
PRESTACIÓN DEL SERVICIO						**$ 128.172.528**
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y OTROS				$ -		$ -
				$ -		$ -
				$ -		$ -
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y OTROS						**$ -**
Descuento por inicio Tardio				$ -	$ -	$ -
Menos reinversión de inejecuciones				$ -	$ -	$ -
Menos redistribución de ahorros				$ -	$ -	$ -
DESCUENTOS						**$ -**
TOTAL NETO						**$ 128.172.528**

SON: CIENTO VEINTIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

El contratista ha cumplido a cabalidad con los pagos de aportes parafiscales y seguridad social.

JORGE ALBEIRO SANCHEZ LOPEZ SUPERVISOR	MARITZA RESTREPO HERRERA - FINANCIERO	JEIDY YULIANA RIVERA TECNICO DE SEGUIMIENTO

La presente liquidación corresponde al análisis de las condiciones de la ejecución del contrato al que se hace referencia en el encabezado por parte del equipo de supervisión, de acuerdo con las cláusulas contractuales establecidas para este desembolso, en aras de garantizar el pago del servicio prestado.

Fundación Darnos la Mano

(FUNDARMAN)

Nit: 901612597-1

Medellín, Jueves 01 de Agosto de 2024

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Antioquia
Calle 45 N° 79-141 Medellín – Antioquia
NIT. 899.999.239-2

DEBE A:

FUNDACION DARNOS LA MANO - FUNDARMAN

NIT: 901612597-1

La suma CIENTO VEINTIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($128.172.528) M/CTE, correspondiente al tercer desembolso correspondiente al mes de Junio y Julio, concepto de: PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN ELMARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERAINFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALESOPERATIVOS Y EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LAATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICESESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LAPOLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRALDE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE; según contrato
05005472024

Valor para consignar en la cuenta de ahorros No. 24131652990 de Banco Caja Social a nombre de la Fundación Darnos la Mano - Fundarman.

Atentamente;

Angie Jhojana Martinez

ANGIE JHOJANA MARTINEZ CHALA
C.C 35.895.721 de Quibdó
Representante Legal FUNDARMAN
Correo: fundarmano@gmail.com
Cel. 3209223892-3246045123

Laura Araque O.

Recibida
Supervisora o Asesor Financiero
ICBF Regional AntioquiaCll. 59 # 45d – 87
Medellín – Antioquia

Banco Caja Social
Su banco amigo.

HACE CONSTAR

Que el cliente mencionado a continuación, posee una Cuenta Maestra, con las siguientes características:

Nombre del titular	:	FUNDACION DARNOS LA MANO
NIT	:	9016125971
Nomenclatura de la cuenta	:	FUNDACION DARNOS LA MANO CM
Número de Cuenta	:	24131652990
Tipo de cuenta	:	Cuenta de Ahorros
Estado	:	Activa

Esta constancia se expide con destino a: ICBF Realizada en la oficina 0220 LOS SAUCES en la ciudad de Medellín, el día miércoles, 14 de Febrero de 2024.

Cordialmente,

ALEJANDRA MARÍA JIMÉNEZ QUICENO
Gerente Oficina

Banco Caja Social
OF. LOS SAUCES

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Rev. Oct/2021

Powered by CamScanner

Banco Caja Social

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

FUNDACION DARNOS LA MANO *Identificado con* *NI9016125971*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0220 LOS SAUCES, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS SECTOR OFICIAL

Número	:	*24131652990*
Fecha de Apertura	:	*14 de febrero de 2024*
Saldo Disponible	:	*$ 0.00*
Saldo Total a la Fecha	:	*$ 0.00*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: ICBF
Realizada en la oficina 0220 LOS SAUCES de la ciudad de MEDELLIN, el día miércoles, 14 de febrero de 2024.

Cordialmente,

Efectuado por:
D9A3G3G3 - DRALLANY AGUIRRE GIL

Banco Caja Social
OF. LOS SAUCES
SG 31 14 FEB 2024 OF. 220
V°B°
TRAMITADO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario

Noviembre 2013 Ver 2.00

Powered by CamScanner

Fundación Darnos la Mano

(FUNDARMAN)

Nit: 901612597-1

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003
PERSONA JURÍDICA

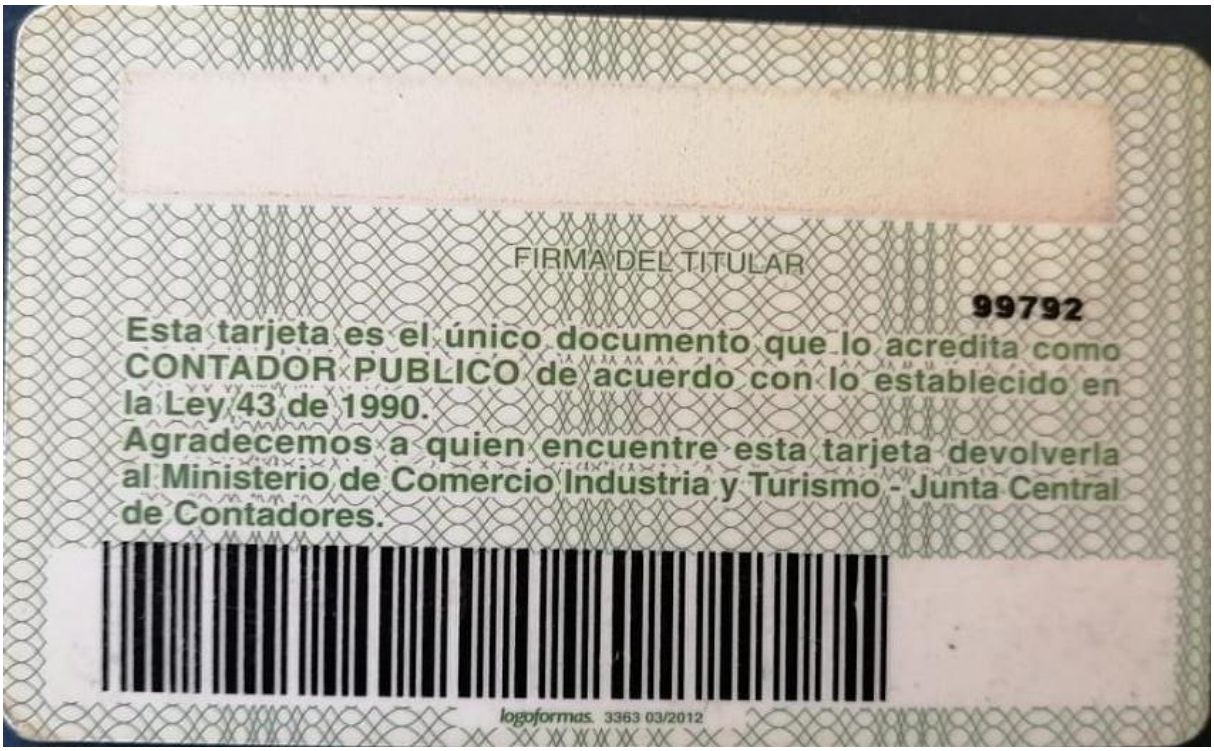
Yo, JOHN BAIRON ALVAREZ PUERTA, identificado con cédula de ciudadanía N o 71.652.018 y con tarjeta profesional número 171940-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de FUNDACION DARNOS LA MANO - FUNDARMAN, identificada con NIT 901612597-1, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de MEDELLIN PARA ANTIOQUIA, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de cuenta de cobro, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Dada en Medellín, Antioquia a los treinta (30) días del mes de Julio de 2024.

FIRMA
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: JOHN BAIRON ALVAREZ PUERTA
REVISOR FISCAL:TARJETA PROFESIONAL: 171940-T
C.C. No. 71.652.018


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 71652018
ALVAREZ PUERTA
APELLIDOS
JOHN BAIRON
NOMBRES
FIRMA
FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1963
SANTO DOMINGO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-DIC-1982 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
R-0100100-14087631-M-0071652018-20010718
03047 01198A 01 096358894


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
171940-T
JOHN BAIRON
ALVAREZ PUERTA
C.C. 71652018
RESOLUCION INSCRIPCION 355
FECHA 25/10/2012
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. REMINGTON
PRESIDENTE
DANIEL SARMIENTO PAVAS
183227


FIRMA DEL TITULAR
99792
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 al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.
logoformas 3363 03/2012

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F8AC9F80988029D0

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 **JOHN BAIRON ALVAREZ PUERTA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 71652018 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 171940-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 16 días del mes de Julio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios

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 35.895.721

MARTINEZ CHALA

APELLIDOS

ANGIE JHOJANA

NOMBRES

Angie Jhojana H

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1981**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-JUL-2000 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0129100-00677177-F-0035895721-20150307 **0043535606A 1** 43790758

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14991407593

(415)7707212489984(8020) 000001499140759 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 1 2 5 9 7	1	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FUNDACION DARNOS LA MANO

36. Nombre comercial	37. Sigla
	FUNDARMAN

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 48 50 68

42. Correo electrónico FUNDARMANO@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 4 5 0 0 2	3 2 1 7 3 4 8 9 1 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
9 4 9 9	2 0 2 2 0 7 1 2	8 8 9 9	2 0 2 2 0 4 2 7		9 4 1 1	9 4 1 2

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	4	2	4	8																		

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 14 / 11 : 49: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ CHALA ANGIE JHOJANA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14991407593

(415)7707212489984(8020) **000001499140759 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 6 1 2 5 9 7	1	Impuestos de Medellín	1 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1 6	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	
72. Número	0 0 0 0 0	
73. Fecha	2 0 2 2 0 7 1 2	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 2 0 7 1 2	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 2 0 4 7 8 2 2	
78. Departamento	0 5	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 2 2 0 7 1 2	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	7 9	2 0 2 3 0 3 1 0		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14991407593

(415)7707212489984(8020) **000001499140759 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 1 2 5 9 7	1	Impuestos de Medellín	1 1

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 7 1 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 5 8 9 5 7 2 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MARTINEZ	CHALA	ANGIE	JHOJANA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 7 1 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	3 5 8 9 8 9 6 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ROMAÑA	MARMOLEJO	FABIANNY	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14991407593

(415)7707212489984(8020) **000001499140759 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 1 2 5 9 7	1	Impuestos de Medellín 1 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 1 6 5 2 0 1 8		1 7 1 9 4 0

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ALVAREZ	PUERTA	JOHN	BAIRON

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 7 1 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 5 6 0 1 3 5 5		1 1 4 5 0 5

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MINOTA	MOSQUERA	MAGDY	TANIA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 7 1 2

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Laura Araque Ospina

De: Jorge Albeiro Sanchez Lopez
Enviado el: jueves, 18 de julio de 2024 10:12 a. m.
Para: Ana Milena Cuartas Tobon
CC: Lina Vanessa Giraldo Osorno; Jovan Felipe Agudelo Rodriguez; Laura Araque Ospina
Asunto: AUTORIZACIÓN TERCER Y CUARTO DESEMBOLSO CTO 05005472024 FUNDARMAN

Cordial saludo,

En mi calidad de SUPERVISOR del contrato No. ***05005472024****, certifico para efectos del presente pago, La* ***EAS FUNDARMAN****, cumplieron 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 o 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, además cumple a cabalidad con los requisitos de desembolso exigidos en la resolución 05360 de 2023; por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados.*

"...los documentos remitidos a través de mensaje de datos son válidos y los mismos pueden obrar como prueba para el trámite de pago, siempre que cumplan con las condiciones establecidas en la Ley 527 de 1999"; y estos documentos del contrato No. ***05005472024*** *han sido radicados mediante ORFEO"*

Cordialmente,

Jorge Albeiro Sánchez López
Profesional Especializado
Centro Zonal Magdalena Medio
ICBF Regional Antioquia
Calle 53 con Carrera 10, Puerto Berrio, Antioquia.
Teléfono: 601 4093440 Ext. 408010
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **PÚBLICA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Laura Araque Ospina

De: Jorge Albeiro Sanchez Lopez
Enviado el: jueves, 18 de julio de 2024 11:47 a. m.
Para: Ana Milena Cuartas Tobon
CC: Lina Vanessa Giraldo Osorno; Jovan Felipe Agudelo Rodriguez; Laura Araque Ospina
Asunto: RV: ALCANCE AUTORIZACIÓN TERCER Y CUARTO DESEMBOLSO CTO 05005472024 FUNDARMAN

Cordial saludo,

Por favor anular la autorización del cuarto desembolso enviada anteriormente, el cual será reprogramado una vez se tramite el ajuste de canasta. Sin embargo, cabe resaltar que el tercer desembolso sí se llevara a cabo.

Cordialmente,

Jorge Albeiro Sánchez López
Profesional Especializado
Centro Zonal Magdalena Medio
ICBF Regional Antioquia
Calle 53 con Carrera 10, Puerto Berrio, Antioquia.
Teléfono: 601 4093440 Ext. 408010
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **PÚBLICA**