CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO				
Nº. CONTRATO DE APORTE	**BENEFICIARIO CONTRATO**	COMPROMISO 7725 CDP -7725		
CA-47007752024	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES, con NIT 800155450, representado por ANDREA CAROLINA YANCE OROZCO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.079.940.167	**DD** **31**	**MM** **12**	**AA** **2024**
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral a la primera infancia de conformidad con los manuales técnicos, guías operativas para la atención a la Primera Infancia y los lineamientos establecidos por el ICBF, en armonía con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre			
ALCANCE DEL OBJETO	PIVIJAY: Fami:8 Unidades de 15 y 120 cupos y HCB 48 Unidades de 13 con 624 cupos. Cupos Totales: 744			
VALOR A CERTIFICAR	**Para el quinto desembolso, que se efectuará en el mes de abril de 2025 por la suma de Doscientos Cincuenta y Cuatro Millones Cuatrocientos Dieciocho Mil Doscientos Treinta Pesos Con Veinte Centavos M/Cte. ($254.418.230,20)**			
VALOR DEL CONTRATO	CUATRO MIL QUINIENTOS DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS TRAINTA MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE ($4.516.730.132)			
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**KAREN VANESSA PAYARES GUETTE** Profesional Universitario 2044-09. Con funciones de Coordinadora (E) Centro Zonal Del Rio.			

OBLIGACIONES DEL OPERADOR	(iii.) Para los demás desembolsos (tercero, cuarto… y último): a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. en con concordancia con el procedimiento de legalización de cuentas definido en los manuales operativos, este informe debe ser coherente con los costos de canasta del servicio y la información registrada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras. b) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. c) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior. d) Certificado de cobertura que refleje el número de participantes atendidos en el período anterior (debe coincidir con los soportes entregados para el rubro del Talento Humano en los periodos respectivos). e) Reporte generado por el Sistema de Información del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia, y la dotación de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). f) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame o aquel que se disponga por parte del ICBF, del 100% de los participantes atendidos, con el 100% de la información de los procesos de acompañamiento a madres, padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con la guía operativa que corresponde al servicio que se está prestando y el 100% de la respectiva toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el

	seguimiento según los manuales técnicos de la modalidad y guías operativas correspondientes a la modalidad y servicio de atención. g) Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia. h) Registro Mensual de Asistencia -RAM – en el instrumento que defina el ICBF según la atención. i) Soportes de la implementación de los planes de formación y acompañamientos a familias y cualificación del talento humano j) Reporte de compras locales de alimentos realizadas en el período correspondiente al desembolso, discriminando el valor total del componente alimentario.

OBLIGACIONES DISPONIBILIDAD Y RECURSOS	**CDP Nº 7725–COMPROMISO Nº - 7725** **CODIGO: C-4602-1500-9-704020-4602020-02** **162- SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA** **FUENTE: NACION– RECURSOS 10**		
FECHA CERTIFICACION	DIA :15	MES Abril	AÑO: **2025**

Karen Payares Guette.

KAREN VANESSA PAYARES GUETTE
Profesional Universitario 2044-09 con funciones de
Coordinadora (E) Centro zonal Del Rio

Proyecto: Jorge P. Apoyo Financiero C. Z. del Rio
Reviso: Karen payares; Coordinadora (E) C. Z. del Rio

Yo, **KAREN VANESSA PAYARES GUETTE**

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	**ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES**				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**800155450**		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	47007752024	FECHA SUSCRIPCIÓN	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) junio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			15 (día) abril (mes) 2025 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 5	DE 19
VALOR A PAGAR	$ 254.418.230,20	EN LETRAS	DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS TREINA PESOS CON VEINTE CENTAVOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) abril (mes) 2025 (año)	HASTA	30 (día) abril (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	7725	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	162-SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA	02-02-02-009-002-01 SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR	$ 254.418.230,20

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:	BANCOMEVA	NÚMERO DE CUENTA	270103496301	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

Quinto Desembolso Vigencia 2025

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	$	254.418.230,20
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	254.418.230,20 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	254.418.230,20

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
KAREN VANESSA PAYARES GUETTE	COORDINADORA	MAGDALENA	DEL RIO	Karen Payares Guette
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
JORGE DAVID PABON CASTAÑEDA	FINANCIERO	MAGDALENA	DEL RIO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ALVARO PEREZ GARCIA	FINANCIERO		

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY - MAGDALENA
NIT. 800.155.450-9

Pivijay, 07 de Abril del 2025.

CUENTA DE COBRO N° 005-2025

DEUDOR	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
NIT	899.999.239 - 2
ACREEDOR	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES
NIT	800.155.450-9
DIRECCION	CL 18 A 19 B 50 BRR LOS ROBLES

CONCEPTO
PRESTAR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CONFORMIDAD CON LOS MANUALES TÉCNICOS, GUÍAS OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE "CERO A SIEMPRE.

SERVICIO	**UNIDADES**	**MUNICIPIO**
HCB FAMI -FAMILIAR	8	PIVIJAY
HCB - COMUNITARIO	50	PIVIJAY

CONTRATO	47007752024- MAG
DESEMBOLSO	5° QUINTO DESEMBOLSO
VALOR	**DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS CON VEINTE CENTAVOS M/CTE ($ 254.418.230,20).**

Atentamente,

ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO
Representante Legal APF Los Robles

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTARLOS ROBLES DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY - MAGDALENA
NIT. 800.155.450-9

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGO PROFESIONALES Y PARAFISCALES.

Santa Marta, 07 de abril del 2025.

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR SANTA MARTA, MAGDALENA

Yo, **ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO**, identificado con C.C. 1.079.940.167 de Pivijay Magdalena en mi calidad de Representante legal de la **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY identificado con NIT. 800.155.450-9** manifiesto bajo gravedad de juramento que ésta ha cumplido, durante el mes (1) de **MARZO_2025**, con los pagos de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y parafiscales, correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Atentamente.

ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO
Representante Legal APF- los Robles
Cc 1.079.940.167 Pivijay Magdalena

Dirección: Carrera 14 No. 12 – 25, Barrio La Candelaria –
Pivijay – Magdalena Cel: 301-5932398
E-mail: asociacionlosrobles9@gmail.com

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTARLOS ROBLES DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY - MAGDALENA
NIT. 800.155.450-9

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Santa Marta, 07 de abril del 2025.

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR SANTA MARTA, MAGDALENA

Yo **ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO**, identificado con C.C. 1.079.940.167 de Pivijay Magdalena en mi calidad de Representante legal de la **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES DEL MUNICIPIO DE PIVIJAY,** identificado con **NIT. 800.155.450-9** manifiesto bajo la gravedad de juramento, que ésta se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con sus proveedores de bienes y servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al mes de **MARZO,** del año 2025.

Atentamente.

ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO
Representante Legal APF- los Robles
C.C N° 1.079.940.167 Pivijay Magdalena

Dirección: Carrera 14 No. 12 – 25, Barrio La Candelaria –
Pivijay – Magdalena Cel: 301-5932398
E-mail: asociacionlosrobles9@gmail.com

Al contestar cite este número

Radicado No:
20254900300003258 3

Para: KAREN MARLEN FREYLE MANCILLA
Coordinadora Grupo Jurídico Regional Magdalena

Asunto: CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONT. 47007752024

Fecha: 2025-04-15

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024** por la suma de $ 254.418.230,20 Que corresponde a la entidad **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES.**

Anexo lo siguiente:

- Pago de contratos diferentes a prestación de servicio (honorarios)
- Certificación de pago
- Factura
- Tarjeta del contador
- Certificación pago aportes parafiscales
- Certificado pago a proveedores

Cordialmente,

Karen Payares Guette.

KAREN VANESSA PAYARES GUETTE
Profesional Universitario 2044-09 con funciones de
Coordinadora (E) Centro zonal Del Rio

Proyecto: Jorge P. Apoyo Financiero C. Z. del Rio

Reviso: Karen Payares; Coordinadora C. Z. del Rio

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Magdalena-Centro Zonal del Rio
CLASIFICADA

Al contestar cite este número

Radicado No:
20254900300032593

Para: ANA ESTELA PORTELA NOGUERA
Pagadora Grupo Financiero Regional Magdalena

Asunto: CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONT. 47007752024

Fecha: 2025-04-15

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024** por la suma de $ 254.418.230 Que corresponde a la entidad **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES.**

Anexo lo siguiente:

- Pago de contratos diferentes a prestación de servicio (honorarios)
- Certificación de pago
- Factura
- Tarjeta del contador
- Certificación pago aportes parafiscales
- Certificado pago a proveedores

Cordialmente,

Karen Payares Guette.

KAREN VANESSA PAYARES GUETTE
Profesional Universitario 2044-09 con funciones de
Coordinadora (E) Centro zonal Del Rio

Proyecto: Jorge P. Apoyo Financiero C. Z. del Rio
Reviso: Karen Payares; Coordinadora C. Z. del Rio