Al contestar cite este número

Radicado No:
20254900300076483

**Para:** ANA ESTELA PORTELA NOGUERA
Pagadora Grupo Financiero Regional Magdalena

**Asunto:** CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONT 775

**Fecha:** 2025-07-24

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024** por la suma de $ 226.039.621,20 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,

NIYIRETH TERESA FRAIJA URIELES
Profesional Universitario 2044-09 con funciones de
Coordinadora Centro zonal Del Rio

Proyecto: Jorge P. Apoyo Financiero C. Z. del Rio
Reviso: Niyireth Fraija; Coordinadora C. Z. del Rio

Al contestar cite este número

Radicado No:
20254900300076473

**Para:** KAREN MARLEN FREYLE MANCILLA
Coordinadora Grupo Jurídico Regional Magdalena

**Asunto:** CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONT 775

**Fecha:** 2025-07-24

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024** por la suma de $ 226.039.621,20 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,

NIYIRETH TERESA FRAIJA URIELES
Profesional Universitario 2044-09 con funciones de
Coordinadora Centro zonal Del Rio

Proyecto: Jorge P. Apoyo Financiero C. Z. del Rio
Reviso: Niyireth Fraija ; Coordinadora C. Z. del Rio

Yo, **NIYIRETH TERESA FRAIJA URIELES**

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) julio (mes) 2025 (año) | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 8 DE 19 |
| VALOR A PAGAR | $ 226.039.621,20 | EN LETRAS | DOSCIENTOS VEINTISEIS MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS CON VEINTE CENTAVOS M/CTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) julio (mes) 2025 (año) | HASTA | 30 (día) julio (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 | $ 226.039.621,20 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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**

Octavo Desembolso Vigencia 2025 Valor inicial $254.418.230,20 menos inejecuciones por $28.378.609 para un valor final de $226.039.621,20

**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 | $ 226.039.621,20 | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 226.039.621,20 | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 226.039.621,20 | |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| NIYIRETH TERESA FRAIJA URIELES | COORDINADORA | MAGDALENA | DEL RIO | Niyireth Fraija U. |
| **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 |
|---|---|---|---|
| | | | |


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO** | | | | |
| **Nº. CONTRATO DE APORTE** | **BENEFICIARIO CONTRATO** | COMPROMISO 7725<br>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**<br>**31** | **MM**<br>**12** | **AA**<br>**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 octavo desembolso, que se efectuará en el mes de Julio de 2025 por la suma de Doscientos Veintiséis Millones Treinta y Nueve Mil Seiscientos Veintiun Pesos Con Veinte Centavos M/Cte. ($226.039.621,20)** | | | |
| 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 | **NIYIRETH TERESA FRAIJA URIELES**<br>Profesional Universitario 2044-09. Con funciones de<br>Coordinadora 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<br><br>DISPONIBILIDAD Y RECURSOS | **CDP Nº 7725–COMPROMISO Nº - 7725**<br><br>**CODIGO: C-4602-1500-9-704020-4602020-02**<br><br>**162- SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA**<br><br>**FUENTE: NACION– RECURSOS 10** | | |
| FECHA CERTIFICACION | DIA<br>24 | MES<br>Julio | AÑO:<br>**2025** |

**NIYIRETH TERESA FRAIJA URIELES**
Profesional Universitario 2044-09 con funciones de
Coordinadora Centro zonal Del Rio

Proyecto: Jorge P. Apoyo Financiero C. Z. del Rio
Reviso: Niyireth Fraija; Coordinadora C. Z. del Rio

**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 Julio del 2025.

# CUENTA DE COBRO N° 008-2025

| | |
|---|---|
| **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** | 8° OCTAVO DESEMBOLSO |
| **VALOR** | **DOSCIENTOS VEINTISEIS MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS CON VEINTE CENTAVOS M/CTE. ($ 226.039.621,20).** |
| **DISMINUCION AL DESEMBOLSO** | *Veintiocho Millones Trescientos Setenta y Ocho Mil Seiscientos Nueve Pesos ($28.378.609).* |

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 julio 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 **JUNIO_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 julio 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 **JUNIO,** 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