# MEMORANDO

Radicado No: 202649003000043213

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

**Asunto:** CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONTRATO **47007752024**.

**Fecha:** 15 de mayo de 2026

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024**, que corresponde al Décimo Cuarto Desembolso-Entidad **ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA LOS ROBLES.**

Anexo lo siguiente:

1. Formato de Pago CPS diferente a honorarios y viáticos
2. Certificación de pago
3. Captura informe supervisor
4. Cuenta de cobro de la entidad
5. Tarjeta del contador
6. Certificación pago aportes parafiscales
7. Certificado pago a proveedores
8. Rut de la entidad
9. Certificado de Cuenta Bancaria
10. Cédula de representante Legal

Cordialmente,

**IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA**
**Profesional Universitario 2044-10. Con funciones de Coordinadora Centro Zonal Del Rio.**

Proyecto: Ruben Dario Caballero Chacon. Apoyo Financiero Centro Zonal Del Río
Reviso: Irma Esther González Pianeta. Coordinadora Centro Zonal del Rio

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO** | | | | |
| **No. CONTRATO DE APORTE** | **BENEFICIARIO CONTRATO** | COMPROMISO **7726** CDP **7726** | | |
| **CA-47007752024** | ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES, con NIT 800155450, representado por ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.079.940.167 | **DD** | **MM** | **AA** |
| | | **05** | **01** | **2026** |
| 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 UN SIEMPRE | | | |
| ALCANCE DEL OBJETO | PIVIJAY: Fami: 8 Unidades de 15 y 120 cupos y HCB 50 Unidades de 13 con 650 cupos. Cupos Totales: 770 | | | |
| VALOR A CERTIFICAR | Para el Décimo cuarto desembolso, que se efectuará en el mes de mayo de 2026 por la suma de **DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE($274.009.144)** | | | |
| VALOR DEL CONTRATO | **CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE. ($4.173.430.710)** | | | |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO | **IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA**<br>Profesional Universitario 2044-10. Con funciones de Coordinadora Centro Zonal Del Rio. | | | |

| | |
|---|---|
| OBLIGACIONES DEL OPERADOR | Para el décimo cuarto desembolso: 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<br>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 | COMPROMISO 7726 CDP 7726<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: 15 | MES: 05 | AÑO: 2026 |



**IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA**
Profesional Universitario 2044-10. Con funciones de Coordinadora Centro Zonal Del Rio.

Proyecto: Ruben Dario Caballero Chacon. Apoyo Financiero Centro Zonal Del Río
Reviso: Irma Esther González Pianeta. Coordinadora Centro Zonal del Rio

Yo, **IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA**

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 | 30 (día) junio (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | **NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO** | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 15 (día) mayo (mes) 2026 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 14 DE 14 |
| VALOR A PAGAR | $ 274.009.144,00 | EN LETRAS | **DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE** |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) mayo (mes) 2026 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2026 (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 | 7726 | 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 INICIALBA LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR | $ 274.009.144,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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: | BANCOMEVA | NÚMERO DE CUENTA | 270103496301 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

SE REALIZA UN DESCUENTO AL DESEMBOLSO POR VALOR DE **DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MILLONES ($ 237.910.640)**

**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 | $ 274.009.144,00 | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 274.009.144,00 | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 274.009.144,00 | |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA | COORDINADORA | MAGDALENA | DEL RIO | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| RUBEN DARIO CABALLERO CHACON | FINANCIERO | MAGDALENA | DEL RIO | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| ALVARO PEREZ GARCIA | FINANCIERO | | 15/05/2026 |

**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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

Pivijay, 20 de mayo del 2026.

# CUENTA DE COBRO N° 015-2026

| | |
|---|---|
| **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** | 14° Décimo Cuarto Desembolso |
| **VALOR** | **DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS. ($ 274.009.144).** |

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.**

Pivijay, 05 de mayo del 2026.

**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 **ABRIL_2026**, 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**

Pivijay, 05 de mayo del 2026.

**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 **ABRIL** del año 2026.

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

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

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, PARAFISCALES, PERSONA JURÍDICA**

**SEÑORES:**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**SANTA MARTA, MAGDALENA**

Yo, **ANDREA CAROLINA YANCY OROZCO**, identificado con C.C. 1.079.940.167 de Pivijay, 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,** certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales y los vinculados por contrato de prestación de servicios, exigidos por la ley se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Santa Marta, a los 05 días del mes de mayo de 2026.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.940.167**

**YANCY OROZCO**

APELLIDOS

**ANDREA CAROLINA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1997**

**PIVIJAY**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**09-OCT-2015 PIVIJAY**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2104900-00790892-F-1079940167-20160219 **0048**498631A 1 44948037

Scanned with CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141152944793

(415)7707212489984(8020) 000014115294479 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 5 5 4 5 0 | 9 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| 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
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR LOS ROBLES

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Pivijay 5 5 1 |

41. Dirección principal
CR 14 12 25 BRR LA CANDELARIA

42. Correo electrónico asociacionlosrobles9@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 5 3 5 5 7 2 4 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 4 9 9 | 2 0 2 4 0 4 2 2 | | | | | | | |

### 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 7 | 1 4 | 5 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

55 - Informante de Beneficiarios Finales

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7 61. Fecha 2025-01-02 / 11:29:45AM

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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141152944793

(415)7707212489984(8020) **000014115294479 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 5 5 4 5 0 | 9 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 | |

## 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 | 3 | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 9 9 | |
| 72. Número | 1 7 8 5 | |
| 73. Fecha | 1 9 9 0 1 1 2 0 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 5 | |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 0 1 1 2 0 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 1 7 8 5 | |
| 78. Departamento | 4 7 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |

Vigencia

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | 1 9 9 0 1 1 2 0 | |
| 81. Hasta | 2 0 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: Instituto de Bienestar Familiar — 3 3

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | Año Mes Día | | - |
| 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: 141152944793

(415)7707212489984(8020) **000014115294479 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 5 5 4 5 0 | 9 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación | | |
|---|---|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 1 2 1 8 | | |
| **100. Tipo de documento** | **101. Número de identificación** | **102. DV** | **103. Número de tarjeta profesional** |
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 0 7 9 9 4 0 1 6 7 | | |
| **104. Primer apellido** | **105. Segundo apellido** | **106. Primer nombre** | **107. Otros nombres** |
| YANCY | OROZCO | ANDREA | CAROLINA |
| **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 4 1 2 1 8 | | |
| **100. Tipo de documento** | **101. Número de identificación** | **102. DV** | **103. Número de tarjeta profesional** |
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 0 5 2 3 9 9 7 4 | | |
| **104. Primer apellido** | **105. Segundo apellido** | **106. Primer nombre** | **107. Otros nombres** |
| TOBAR | CASTAÑEDA | KAROL | IVON |
| **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
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141152944793

(415)7707212489984(8020) **000014115294479 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 5 5 4 5 0 | 9 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 | |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

| | 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad | 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres | 119. Razón social | 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 7 9 9 4 0 1 6 7 | | COLOMBIA 1 6 9 | YANCY | OROZCO | ANDREA | CAROLINA | | | | 2 0 2 4 1 2 1 8 | |
| 2 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 0 5 2 3 9 9 7 4 | | COLOMBIA 1 6 9 | TOBAR | CASTAÑEDA | KAROL | IVON | | | | 2 0 2 4 1 2 1 8 | |
| 3 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 7 9 9 3 8 6 1 3 | | COLOMBIA 1 6 9 | POLO | FONTALVO | MARIA | ALEJANDRA | | | | 2 0 2 4 1 2 1 8 | |
| 4 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 8 5 1 0 7 1 0 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | ANDRADE | GOMEZ | MARIA | HERMINIA | | | | 2 0 2 4 1 2 1 8 | |
| 5 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 7 9 9 1 6 3 5 8 | | COLOMBIA 1 6 9 | DIAZ | PEREZ | DESIDE | MARIA | | | | 2 0 2 4 1 2 1 8 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# MEMORANDO

Radicado No: 202649003000043203

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

**Asunto:** CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONTRATO **47007752024**.

**Fecha:** 15 de mayo de 2026

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024**, que corresponde al Décimo cuarto Desembolso-Entidad **ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA LOS ROBLES**.

Anexo lo siguiente:

1. Formato de Pago CPS diferente a honorarios y viáticos
2. Certificación de pago
3. Captura informe supervisor
4. Cuenta de cobro de la entidad
5. Tarjeta del contador
6. Certificación pago aportes parafiscales
7. Certificado pago a proveedores
8. Rut de la entidad
9. Certificado de Cuenta Bancaria
10. Cédula de representante Legal

Cordialmente,

**IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA**
**Profesional Universitario 2044-10. Con funciones de Coordinadora Centro Zonal Del Rio.**

Proyecto: Ruben Dario Caballero Chacon. Apoyo Financiero Centro Zonal Del Río
Reviso: Irma Esther González Pianeta. Coordinadora Centro Zonal del Rio