MEMORANDO

Radicado No: 202649003000088243

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

Asunto: CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONTRATO **47007752024**.
Fecha: 16 de septiembre de 2026

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024**, que corresponde al Décimo sexto 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: 6 Unidades de 15 con 90 cupos y HCB 38 Unidades de 13 con 494 cupos. Cupos Totales: 584			
VALOR A CERTIFICAR	Para el Décimo sexto desembolso, que se efectuará en el mes de septiembre de 2026 por la suma de **CUATROCEINTOS VEINTINUEVE MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($ 429.507.959)**			
VALOR DEL CONTRATO	**CUATRO MIL NOVECIENTOS ONCE MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($4.911.189.046)**			
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**IRMA ESTHER GONZALEZ PIANETA** Profesional Universitario 2044-10. Con funciones de Coordinadora Centro Zonal Del Rio.			

OBLIGACIONES DEL OPERADOR	**Para el décimo sexto 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 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	COMPROMISO 7726 CDP 7726 CODIGO: C-4602-1500-9-704020-4602020-02 162- SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA FUENTE: NACION– RECURSOS 10		
FECHA CERTIFICACION	DIA: 21	MES: 09	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	31 (día) octubre (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	21 (día) septiembre (mes) 2026 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	16	DE	16
VALOR A PAGAR	$ 429.507.959,00	EN LETRAS	CUATROCEINTOS VEINTINUEVE MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2026 (año)	HASTA	31 (día) octubre (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	$ 429.507.959,00

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

REALIZO LA OBSERVACION QUE POR ERROR INVOLUNTARIO EN EL DESEMBOLSO ANTERIOR EN LA CERTIFICACION AUTORIZACION DE PAGO COLOQUE DECIMO CUARTO DESEMBOLSO Y ERA DECIMO QUINTO Y PARA ESTE DESEMBOLSO SE REALIZARA UN DESCUENTO POR VALOR DE $ 68.493.858, POR CONCEPTO DE INEJECUCIONES.

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	$ 429.507.959,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 429.507.959,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 429.507.959,00	

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		21/09/2026

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

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

Pivijay, 18 de septiembre del 2026.

CUENTA DE COBRO N° 017-2026

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	6	PIVIJAY
HCB - COMUNITARIO	38	PIVIJAY

CONTRATO	47007752024- MAG
DESEMBOLSO	16° Décimo Sexto Desembolso
VALOR	**CUATROCEINTOS VEINTINUEVE MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($ 429.507.959)**
MODIFICACION AL DESEMBOLSO	Al desembolso 16° pactado por valor de $498.001.817, se descuentan INEJECUCIONES, por valor de $68.493.858, por lo que queda un valor para pago de $429.507.959.

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, 05 de septiembre 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 **AGOSTO_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

Santa Marta, 05 de septiembre 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 **AGOSTO** 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 septiembre 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				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 insitutos 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: 202649003000088253

Para: KAREN MARLEN FREYLE MANCILLA
Coordinadora Grupo Jurídico Regional Magdalena

Asunto: CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACION DEL SUPERVISOR CONTRATO **47007752024**.
Fecha: 16 de septiembre de 2026

Por medio de la presente envío a usted certificación para pago del contrato de aporte N° **47007752024**, que corresponde al Décimo Sexto 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